

**INTERACCIONES COMUNICATIVAS DE UN GRUPO DE SUJETOS  
INSTITUCIONALIZADOS CON AFASIA, TRASTORNO COGNITIVO COMUNICATIVO  
Y PSICOPATOLOGÍA DEL LENGUAJE. APLICACIÓN DEL MODELO SISTÉMICO DE  
LA COMUNICACIÓN HUMANA INTERPERSONAL. MSCHI.**



**PAULA ALEJANDRA JAIME LONDOÑO**

**CORPORACIÓN UNIVERSITARIA IBEROAMERICANA FACULTAD DE CIENCIAS  
DE LA SALUD PROGRAMA DE FONOAUDILOGÍA  
BOGOTÁ  
ENERO 2019**

**INTERACCIONES COMUNICATIVAS DE UN GRUPO DE SUJETOS  
INSTITUCIONALIZADOS CON AFASIA, TRASTORNO COGNITIVO COMUNICATIVO  
Y PSICOPATOLOGÍA DEL LENGUAJE. APLICACIÓN DEL MODELO SISTÉMICO DE  
LA COMUNICACIÓN HUMANA INTERPERSONAL. MSCHI.**



**PAULA ALEJANDRA JAIME LONDOÑO**

**DOCENTE ASESOR:**

**SONIA GLADYS BERNAL RODRÍGUEZ**

**CORPORACIÓN UNIVERSITARIA IBEROAMERICANA FACULTAD DE CIENCIAS  
DE LA SALUD PROGRAMA DE FONOAUDILOGÍA  
BOGOTÁ  
ENERO 2019**

## AGRADECIMIENTOS

*Alguna vez al dramaturgo George Bernard Shaw se le ocurrió decir “La vida no trata de encontrarse a uno mismo, sino de crearse a uno mismo”. Por esta razón confío en que cada experiencia y aprendizaje logrado en este proyecto fue significativo para alcanzar un único sueño y es el de ser una excelente fonoaudióloga; y digo excelente no solo por sonar ambiciosa, sino que para poder cumplirlo tuve que rodearme de personas excelentes que aportaron un pedazo de sí mismas al proyecto, es importante aclarar que cada día voy en busca de mi sueño, persiguiéndolo como a una estrella.*

*Ahora bien, comenzaré por brindar las gracias a la docente Johanna Rodríguez Riaño, por ayudarme a gestar la propuesta de investigación, quién con sus conocimientos y experiencias pudo compartir el anhelo de realizar este proyecto de grado.*

*Continuo con la docente Sonia Gladys Bernal, ella fue la luz del proyecto porque además le dio vida; un eterno agradecimiento por convertirse en mi “Sensei” que en japonés significa maestra o sabia, y es que precisamente para mi ella es una Sensei de la comunicación, le agradezco por transmitirme tanta disciplina y enseñarme a realizar cada proceso de investigación con amor.*

*Agradezco especialmente a las docentes (Lucia Fajardo, Adriana Duarte, Magdalena Delgado, Mónica Pérez, y Ana Milena Rincón) quienes colaboraron con la validación del instrumento y compartieron sus valiosos conocimientos en pro de la investigación.*

*A las docentes Gloria Rodríguez y Sandra Patricia Soler quienes de manera solidaria colaboraron en aspectos metodológicos y aportaron una visión metafísica, lo cual fue fundamental en el desarrollo del proyecto.*

*A mis amigos por el apoyo y las críticas constructivas; a la Fundación Gerontológica las Canitas y a los adultos que participaron en la elaboración de este. Finalmente, culmino con mi familia las personas más importantes en mi vida y aquellas quienes funcionan como mis capas protectoras: A mi madre Elizabeth Londoño por ser mi núcleo, quién me motivó y me proporcionó las fuerzas necesarias para culminar el proyecto; a mi padre Ángel Jaime por ser mi capa media quién me brindó día a día apoyo incondicional y la importancia de realizar las cosas con creatividad y amor en pro de la comunidad; y finalmente mi capa externa, mi novio Carlos Cobaleda por ser mi ancla y el ejemplo más claro de disciplina, audacia y perseverancia; a todos y cada uno, los amo.*

## **DEDICATORIA**

*Quiero dedicar este proyecto a los adultos que participaron en la investigación y a todas las personas quienes por circunstancias lamentables en la vida han tenido que enfrentarse a una deficiencia que afecte su comunicación, siempre recuerden que no se encuentran solos y que cada día la fonoaudiología trabajará más por brindar la atención necesaria, pensando siempre en su bienestar comunicativo y en su calidad de vida.*

**PAULA AJEJANDRA JAIME LONDOÑO**

## TABLA DE CONTENIDOS

INTRODUCCIÓN .....	1
1. Capítulo 1. Descripción general del proyecto .....	7
1.1. Problema de investigación .....	7
Formulación del problema.....	9
Sistematización del Problema. ....	9
1.2. Objetivos .....	10
Objetivo General. ....	10
Objetivos Específicos.....	10
1.3. Justificación .....	11
2. Capítulo 2. Marco de referencia .....	16
2.1. Marco teórico .....	16
2.2. Marco conceptual.....	34
3. Capítulo 3. Marco metodológico .....	46
3.1. Tipo de estudio .....	46
3.2. Población .....	47
3.3. Procedimientos.....	50
3.4. Técnicas para la recolección de información.....	51
Instrumentos.....	51
Método.....	53
4. Capítulo 4. Análisis de resultados.....	54
4.1. Codificación axial.....	55
5. Discusión .....	69
6. Conclusiones .....	73

**Referencias**..... 76

**Anexos** ..... 83

## **LISTA DE ANEXOS**

1. Consentimientos informados firmados por la Fundación Gerontológica las Canitas para: acceso a la población, observación y toma de videograbaciones de los adultos en sus diferentes contextos mediatos con sus interlocutores.
2. Formato de diarios de campo, para el diligenciamiento de las situaciones observadas por el investigador.
3. Formato Instrumento no estandarizado ICINCOMAD, validado por jueces expertos en constructo y contenido.
4. Tabulación de resultados obtenidos gracias a la aplicación del instrumento ICINCOMAD a los adultos con sus interlocutores.

## LISTA DE ESQUEMAS

Esquema 1, MSCHI tomado del libro: Bernal, S. Pereira, O. Rodríguez, G .2018 “Modelo sistémico de la comunicación humana interpersonal” pp. 106. ....	19
Esquema 2, MSCHI, dimensiones y variables tomado del libro: Bernal, S. Pereira, O. Rodríguez, G. 2018. “Modelo sistémico de la comunicación humana interpersonal” pp. 107. ....	20
Esquema 3, MSCHI tomado del libro: Bernal, S. Pereira, O. Rodríguez, G. (2018). “Modelo sistémico de la comunicación humana interpersonal” pp. 95. ....	22
Esquema 4, MSCHI, dimensiones y variables tomado del libro: Bernal, S. Pereira, O. Rodríguez, G. (2018) “Modelo sistémico de la comunicación humana interpersonal” pp. 119. ....	43

## LISTA DE TABLAS

Tabla 1, Dimensiones pertenecientes al MSCHI.....	20
Tabla 2, Estrategias comunicativas no verbales y verbales.....	33
Tabla 3, Tipología de las afasias. Galletta, E. E., & Barrett, A. M. (2014). Impairment and functional interventions for Aphasia: Having it all. Current physical medicine and rehabilitation reports, 2(2), 114-120. ....	39
Tabla 4, Población adultos institucionalizados.....	48
Tabla 5, Población interlocutores participantes del estudio.....	49
Tabla 6, Categorización .....	51
Tabla 7, Ítems diarios de campo. ....	52
Tabla 8, Categorización y conceptualización.....	58

## LISTA DE GRAFICAS

Grafica 1.....	60
Grafica 2.....	60
Grafica 3.....	61
Grafica 4.....	63
Grafica 5.....	66
Grafica 6.....	67
Grafica 7.....	67
Grafica 8.....	67

## INTRODUCCIÓN

Teniendo como referente lo manifestado por Bernal, S. Pereira, O. Rodríguez, G (2018) quienes citando a Heinemann (1979) afirman que "la comunicación es un proceso de interacción del hombre con el entorno, con otros hombres y consigo mismo, cuyo propósito fundamental es la transformación y el desarrollo permanente de las dimensiones de la existencia humana; y su importancia radica en el hecho de que la capacidad para comunicarse le posibilita al hombre un "aprendizaje verdaderamente humano", pues sin comunicación es imposible el logro de conocimientos y aprendizajes necesarios para la vida y la relación con otros; por tanto la comunicación es, de manera irrefutable, un requisito para la socialización del hombre".

Teniendo en cuenta lo anterior, cuando la comunicación de un ser humano presenta dificultades que imposibilitan el establecimiento de interacciones con otros seres humanos o su entorno, esta condición es llamada desorden en la comunicación, el cual fue descrito por Bernal, S. Pereira, O. Rodríguez, G (2018) citando a Giraldo, Corredor, & Torres (2004) quienes conceptualizan "el desorden de comunicación como toda limitación en la interacción comunicativa relacionada con una deficiencia en las estructuras y/o funciones necesarias para la comunicación y que trae como consecuencia una restricción en la participación en los roles y funciones en los individuos de acuerdo con su contexto social-cultural". Por esta razón y entendiendo que el objeto de estudio de la fonoaudiología es la comunicación humana y sus desordenes, la población adulta con deficiencias en la interacción resulta ser un grupo de gran interés para la profesión.

El Instituto Neurológico de Colombia (INDEC) permite hipotetizar un panorama acerca de la población adulta media y mayor en Colombia. Según este instituto, está contemplado que para el año 2021, en el país habrá una persona mayor de 60 años por cada dos adolescentes, y que las condiciones de vida tales como la satisfacción de necesidades básicas y el acceso a espacios que permitan el envejecimiento activo de la población cada vez es más escaso debido a situaciones de: violencia, pobreza, desigualdad y falta de oportunidades a nivel de salud y educación; estos factores potencializan y aumentan la posibilidad que un adulto presente un envejecimiento no exitoso a causa de una deficiencia de tipo neurológico y que posteriormente ingresará al grupo de desórdenes en la comunicación. Es por ello, que el Ministerio de Salud y Protección Social en conjunto con las políticas públicas establecidas a nivel nacional ha propuesto programas y proyectos que buscan la cobertura de manera efectiva a dicha población. De manera tal. que la fonoaudiología al ser una profesión de los servicios humanos y que guarda directa relación con la población adulta, además de su responsabilidad social, debe velar por el bienestar social y calidad de vida de la comunidad a través de la atención integral.

A partir de lo anterior el desorden de comunicación es conceptualizado por Bernal, S. Pereira, O. Rodríguez, G (2018) y citando a Giraldo, Corredor, & Torres, (2004) afirmando que se refiere a “ toda limitación en la interacción comunicativa relacionada con una deficiencia en las estructuras y/o funciones necesarias para la comunicación y que trae como consecuencia una restricción en la participación en los roles y funciones que los individuos de acuerdo con su contexto social-cultural y su momento de desarrollo. Entonces, en la interacción comunicativa es posible observar la integración de las

dimensiones interpersonal, intrapersonal y sociocultural de la comunicación. Por lo tanto, es en esta misma dimensión donde se manifiesta el desorden de comunicación, según el Modelo Sistémico de la Comunicación Humana Interpersonal”

En los últimos diez años, se ha presentado una tendencia en las investigaciones dirigidas a indagar sobre las dificultades lingüístico-comunicativas, el enfoque de cada estudio suele ser diferente, en la mayoría dedicado a descubrir aspectos pragmáticos afectados debido a una deficiencia; como en el caso de un estudio realizado en Estados Unidos por Zumbansen, A., & Thiel, A. (2014) quienes afirman que “La afasia es un deterioro del uso del lenguaje después del daño cerebral. No existe una definición consensuada de afasia más allá de esta descripción general (Code y Petheram, 2011).

La afasia es una alteración del procesamiento lingüístico a nivel fonológico, morfológico, semántico léxico o sintáctico que generalmente es causado por lesiones del hemisferio cerebral izquierdo. Este deterioro puede afectar la recepción y expresión del lenguaje dependiendo de los diversos síndromes afásicos (McNeil y Pratt, 2001).

Sin embargo, la investigación logra describir aspectos intraindividuales de los sujetos y se evidencia que la interacción y el desenvolvimiento del adulto en un contexto no es tenido en cuenta.

Por otro lado, se han generado investigaciones, las cuales comprenden al adulto como un sujeto social inmerso en contextos de interacción y participación, como un estudio realizado en Colombia por Riaño, J. R. (2012) quien afirma que “las alteraciones del lenguaje en el adulto aparecen como consecuencia de alteraciones neurológicas, que generan dificultades e incapacidad para comunicarse, para comprender y/o expresar sus ideas de manera oral, escrita o ambas. Referente a la deficiencia de trastorno Cognitivo

Comunicativo (TCC), son alteraciones derivadas de enfermedades degenerativas y con daño neurológico difuso”, también a nivel de interacción encontrando que “el manejo de estas secuelas que afectan directamente la capacidad de comunicarse e interactuar, es un reto tanto para la evaluación y diagnóstico preciso de dichas alteraciones, como para la orientación del tratamiento basado en resultados reales de la evaluación y encaminado a la inclusión y efectividad comunicativa dentro del contexto del que hace parte el adulto, como lo afirma Jiménez, (2011).

En razón a esto, también se tiene en cuenta un estudio realizado en Cuba por Chong, A. (2012) quien afirma que “en la psicopatología del lenguaje ocurren cambios bioquímicos que afectan las capacidades de adaptación, recuperación y defensa del organismo. Observamos cambios biológicos progresivos a nivel estético, en todos los órganos y sistemas, en los órganos de los sentidos, en los sistemas neuromuscular, neuroendocrino y conjuntivo”, adicionalmente a nivel de interacción “Los factores biopsicosociales inciden negativamente en la salud de los adultos mayores, causando diversos trastornos psicoemocionales. Las alteraciones psicoafectivas más frecuentes en los ancianos, dada la incidencia de los factores biopsicosociales son: la depresión, la ansiedad y el estrés, y al menos la mitad de los individuos mayores de 65 años, tienen alguna alteración psíquica en la que predominaban la ansiedad y la depresión. influyendo en la interacción comunicativa y los propósitos en su discurso”.

Adams, C.(2012) define que el deterioro de las funciones necesarias para la vida en el adulto mayor, su contexto mediato en el cual se desenvuelve el adulto opta por institucionalizarlo; las principales razones por las cuales los familiares u otros cuidadores deciden internar a un adulto mayor en una institución gerontológica se debe a que nadie

de la familia está totalmente capacitada para hacerse cargo del adulto mayor, por abandono, por no tener recursos económicos, o porque a lo largo de su vida vivieron en situación de calle. Y en algunos casos por decisión propia.

Bayarre, Pérez y Menéndez (2008) analiza que los cambios sociales, eventos vitales y dificultades que acompañan al envejecimiento, pueden declinar en situaciones de soledad, y en el peor de los casos, de aislamiento. En casos de institucionalización, el efecto atenuante que tiene el apoyo familiar y las estrategias que en el hogar gerontológico utilice, puede verse incrementado ante la necesidad de hacer frente a una nueva etapa como la vejez. El estudio de la Calidad de Vida en los mayores viene cobrando una mayor preeminencia en los últimos años, debido fundamentalmente al fenómeno de envejecimiento poblacional, así como a la tendencia más actual de “dar vida a los años”.

Como respuesta a lo anterior surge la necesidad de generar esta investigación, la cual busca comprender la naturaleza de las interacciones comunicativas de esta población a través de la descripción e interpretación de la comunicación de un grupo de sujetos con desordenes en la comunicación de tipo: afasia, trastorno cognitivo comunicativo y psicopatología del lenguaje, en estado actual de institucionalización, siendo habitantes del Hogar Gerontológico las Canitas ubicado en Bogotá D.C.

Al identificar las características comunicativas de los adultos mediante la observación y análisis de las situaciones de interacción con sus diferentes interlocutores en sus contextos mediatos; se espera que el proyecto aporte tanto al campo disciplinar de la fonoaudiología, como al campo profesional y por ende a la población adulta con

desordenes de la comunicación y a sus interlocutores, quienes cumplen roles como: cuidadores, profesionales tratantes, familiares.

Este estudio en particular aportará a la profesión de fonoaudiología puesto que al comprender a profundidad el fenómeno comunicativo, en esta población a través de la aplicación del Modelo Sistémico de la Comunicación Humana Interpersonal MSCHI, se obtendrán herramientas tanto evaluativas como de intervención que permitirán mejorar las condiciones de la comunidad, lo que a su vez se reducirá la posibilidad de presentar una discapacidad comunicativa y por lo tanto restricciones en su participación social.

Para la elaboración de esta se tuvieron en cuenta aspectos relevantes tales como teorías y conceptos que soportan y facilitan la comprensión de los desórdenes de la comunicación en adultos, desde una perspectiva interpersonal y sociocultural. Por otra parte, el diseño metodológico mixto anidado concurrente permitió la complementación de datos cualitativos y cuantitativos, mostrando un análisis de resultados profundo, que permitió la descripción, la interpretación y la comprensión de las interacciones comunicativas, para finalmente presentar las conclusiones y la discusión a partir de los resultados arrojados.

Por ende, se espera y contempla la posibilidad de comprender la comunicación desde una visión biopsicosocial apartándola de una perspectiva clínica o netamente intraindividual; por tal motivo se acudió a la interpretación de la comunicación de los adultos con desordenes de la comunicación mediante el Modelo Sistémico de la Comunicación Humana Interpersonal (MSCHI) el cual permite analizar a la persona como ser humano integral con capacidades y habilidades, quien presenta la necesidad de socializar con su entorno a través de la comunicación.

## **1. Capítulo 1. Descripción general del proyecto**

### **1.1. Problema de investigación**

En la actualidad se evidencia insuficiencia de investigaciones que relacionen los tres desordenes de la comunicación en adultos interpersonal (afasia, trastorno cognitivo comunicativo y psicopatología del lenguaje) y que hayan sido analizadas o comparadas al mismo tiempo. Es por esto y a raíz de la consulta de bases de datos y artículos científicos indexados, se observó que una gran parte de estos se encontraban elaborados por médicos, enfermeros y psicólogos; y en menor proporción por fonoaudiólogos. En razón a esto se hace necesario la exploración y desarrollo de investigaciones por parte de los profesionales de la fonoaudiología, en cuanto a estudios que den cuenta de las interacciones comunicativas de las personas adultas con desordenes en la comunicación, incluir a los interlocutores, hacerlo en contextos naturales, puesto que, esto hace parte del interés de esta profesión. Necesita comprender el fenómeno comunicativo en diferentes poblaciones y así llegar a abordarlos de una manera profunda e integrativa.

Se encontraron investigaciones relacionadas con la semiología clínica propia de esta deficiencia, protocolos y modelos de evaluación e intervención. Las investigaciones en comunicación interpersonal de las personas con afasia, trastorno cognitivo comunicativo y psicopatología del lenguaje analizados de manera aislada, en el contexto Nacional fueron elaboradas por: Camacho, A. L. Rodríguez J.L (2012), Agradados López, L. (2017), Riaño, J. R. (2012), Riaño, J. R., & Moreno, D. M. B. (2012), Borda Pérez, M.

D. L. A., Anaya Torres, M. P., Pertuz Rebolledo, M. M., Romero de León, L., Suárez García, A., & Suárez García, A. (2013), Posada, J. A. (2013), Luna Sánchez, R. (2016). De la misma manera, en el ámbito internacional han aportado a dicha perspectiva autores como Solovieva, Y., Vargas, F. R., del Rosario Bonilla, M., Pelayo, H., & Quintanar, L. (2011) Holland A. (1980), Gallardo. ( 2005), Puig-Pallarols, M. C., & Almirall, C. B. (2013), Oliveira, L. M. D., & Oliveira, M. M. D. (2014) Best, W., Greenwood, A., Grassly, J., Herbert, R., Hickin, J., & Howard, D. (2013), Valles, B. (2011), Soto, A. C., Salinas, T. P., & Hidalgo, G. G. (2014), y Artigas-Pallarès, J., & Paula, I. (2012).

Teniendo en cuenta los fundamentos de la CIF (Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la salud) y entendiendo que el adulto con un desorden comunicativo presenta: una limitación definida como la dificultad que un individuo puede tener en la ejecución de una actividad, siendo la comunicación una actividad o tarea fundamental del ser humano.

Por otro lado, la CIF plantea el concepto de la restricción en la participación, la cual viene determinada por la comparación de la participación en un individuo con la participación esperada de un individuo sin discapacidad en esa cultura y sociedad. La restricción en la participación representa la perspectiva social de la discapacidad.

Por último, la deficiencia la cual contempla toda perdida o anormalidad de una parte del cuerpo, estructura o función corporal (función fisiológica), las funciones fisiológicas incluyen las funciones mentales. A pesar de esta perspectiva, aún se continúan teniendo algunas percepciones por parte de profesionales de la salud, acerca del adulto mayor, como un sujeto “enfermo” quien depende de otro en cuanto a la satisfacción de necesidades básicas. En ocasiones la falta de conocimientos, aun en

algunos contextos, lleva a que se desconozca la importancia que puede llegar a tener la comunicación como un derecho innegable del adulto y más si se encuentra en situaciones de vulnerabilidad o pérdida de funciones.

Este estudio pretende conocer y profundizar en lo posible en las formas de comunicación propias de un grupo de adultos con afasia, trastorno cognitivo comunicativo y psicopatologías del lenguaje, los cuales se encuentran institucionalizados, es decir a cargo de personas y contextos que no les son propios. Además, se quiere conocer el papel que juegan los interlocutores, que como se mencionó si ha sido estudiado en poblaciones con afasia, pero no en las otras dos poblaciones. Por otra parte, se quiere analizar e interpretar, cómo influye el contexto en las situaciones de comunicación. Todo esto se plantea realizarlo a través del uso del MSCHI el cual visibiliza todas estas dimensiones (intrapersonal, interpersonal y sociocultural). Esto se sintetiza en la pregunta de investigación:

### **Formulación del problema.**

¿Cuáles son las características de la interacción comunicativa de personas con desordenes en la comunicación de diverso origen, a partir de la aplicación del Modelo Sistémico de la Comunicación Humana Interpersonal (MSCHI)?

### **Sistematización del Problema.**

- ¿Cómo se da la interacción comunicativa entre un adulto con afasia, con trastorno cognitivo comunicativo, o con psicopatología del lenguaje, con sus diferentes interlocutores?

- ¿Cómo se da la interacción comunicativa entre un adulto ya sea con afasia, con trastorno cognitivo comunicativo y o con psicopatología del lenguaje, en sus contextos mediatos de institucionalización?
- ¿Cómo influye este contexto en las interacciones comunicativas, en los roles, funciones de la interacción, en las dinámicas comunicativas entre adultos con desordenes e interlocutores?
- ¿Cuáles son las habilidades o características personales con las que cuentan adultos con afasia, trastorno cognitivo comunicativo o con psicopatología del lenguaje e interlocutores para cumplir con los propósitos de comunicación, en la interacción comunicativa con sus interlocutores? ¿Cómo influyen en la interacción?

## **1.2. Objetivos**

### **Objetivo General.**

Describir la interacción comunicativa de personas adultas institucionalizadas con desordenes adquiridos del lenguaje y la comunicación (afasia, trastorno cognitivo comunicativo y psicopatología del lenguaje) a través de la aplicación del Modelo Sistémico de la Comunicación Interpersonal (MSCHI).

### **Objetivos Específicos.**

1. Identificar las características comunicativas del grupo de adultos con desordenes en la comunicación con sus diferentes interlocutores en sus contextos mediatos.

2. Categorizar las interacciones comunicativas de un grupo de adultos con desordenes en la comunicación en sus contextos mediatos.
3. Caracterizar la comunicación de los adultos, a partir de un instrumento no estandarizado, desde la perspectiva del MSCHI.
4. Analizar las formas de interacción comunicativa del grupo de adultos con desordenes en sus contextos mediatos con sus diferentes interlocutores, desde la perspectiva del MSCHI.

### **1.3. Justificación**

Sylvia.A, (2015) sustenta que el profesional de fonoaudiología es un experto en la comunicación humana, los subprocesos que la hacen posible como lenguaje, cognición, habla y audición y también en sus variaciones y desórdenes. Al contribuir a resolver las dificultades de uno de los actos humanos más complejos, la fonoaudiología es considerada estratégica para el desarrollo humano y económico de un país. Fue a partir de la ley 376 de 1997 que se reglamentó en Colombia esta disciplina, definiéndola como una profesión de carácter científico, cuyos servicios pueden prestarse en donde el conocimiento y aporte disciplinario del profesional de la fonoaudiología sea requerido, o sea conveniente para beneficio social.

Cuervo, C (1999) Afirma que el fonoaudiólogo cumple funciones profesionales enfocadas a la comunicación humana interpersonal y sus desórdenes, supone un compromiso disciplinar y profesional de conceptualizar tanto la comunicación humana interpersonal como los desórdenes de ésta; un compromiso de repensar el saber, el

hacer, los métodos de validación del conocimiento; en suma, la episteme de la Fonoaudiología; por tanto, mostrarse de acuerdo con éste como el objeto de interés, es reconocer la naturaleza interactiva, social y cultural, propia de la existencia y del comportamiento humano; y no solo quedarse en la percepción restringida de subprocesos atomizados, segmentados y aislados que hacen parte del fenómeno y que por sí mismos se quedan justamente en el rango de subprocesos que subyacen a la capacidad o potencialidad humana para comunicar, pero que solo son posibles y para la interacción comunicativa.

Por otro lado, Riaño, J (2012) afirma que hay evidencia teórica acerca de los desórdenes en la comunicación de adultos que afecta las áreas específicas del lenguaje, la cognición y un estadio en salud mental que posteriormente deterioran aquellas funciones fundamentales en la interacción comunicativa ; sin embargo fundamenta que es necesario continuar investigando y ampliando la información acerca de un trabajo fonoaudiológico interdisciplinario, en el cual se aborde el desorden comunicativo no solamente desde una perspectiva biológica sino además a partir de una dimensión interpersonal y sociocultural. Por esto, es necesario buscar aportes de modelos que permitan analizar e intervenir holísticamente esta población, como es el caso del Modelo Sistémico de la Comunicación Humana Interpersonal.

Puig-Pallarols, M. C., & Almirall, C. B. (2013) reconocen que la labor de un fonoaudiólogo con dicha población se enfoca en generar acciones de reeducación; que funcionen para retardar o compensar el deterioro comunicativo de un sujeto con el desorden, dirigido hacia la consejería y asesoría a otros profesionales y las familias referente a la visión del adulto mayor y la comprensión de estrategias comunicativas. Es

por esto por lo que la reeducación inicia a partir de nuevas investigaciones relacionadas, donde se comprenda la importancia de la interacción, conocimiento y diferenciación entre un desorden y otro, y la adecuación de estrategias según sea la necesidad de la persona afectada y sus contextos mediatos.

Pérez. M, Fumero, C., González. L, Peñalver, M., & Pérez, E. (2016) Han investigado la interacción en personas con afasia en España, en su estudio se pudo evidenciar que, dependiendo del tipo de déficits, los objetivos que se establecen en una rehabilitación tradicional del lenguaje suelen incidir fundamentalmente en la recuperación del lenguaje oral. Sin embargo, es importante considerar que puede ser necesario implementar un sistema alternativo o aumentativo de comunicación. Por ejemplo, no conviene desestimar la utilización de los códigos escritos ya que, con las habilidades del lenguaje limitadas, la comunicación escrita puede proporcionar un exitoso intercambio de información, por lo que se hace muy necesario estudiar las necesidades comunicativas de la persona para lograr una buena interacción.

López M. (2014) publica un estudio en Chile sobre el proceso de comunicación entre las personas afectadas por enfermedad de Alzheimer / demencias y sus cuidadores. La cual fundamenta que, desde la etapa más temprana de la enfermedad, la capacidad del paciente para comunicarse desciende: hay una pérdida de la capacidad de comunicar pensamientos y necesidades, y se hace cada vez más difícil interactuar socialmente y mantener relaciones personales con los cuidadores, familiares y amigos. Los objetivos fueron aumentar el uso de estrategias de comunicación para favorecer la comunicación y mejorar la calidad de vida de las personas afectadas por enfermedad de Alzheimer/Demencias y sus cuidadores.

Benza, K. (2016). En Perú se realiza un estudio dirigido a las interacciones de personas con trastornos mentales, quien fundamenta que por todas las dificultades que implican los trastornos mentales, en la edad adulta puede traer consigo consecuencias tales como un bajo rendimiento laboral, un mayor número de conflictos interpersonales, mayor probabilidad de desempleo, uso de sustancias y mayor riesgo de intentos suicidas. Padecer de un trastorno mental puede tener repercusiones importantes a nivel social ya que dificulta la autonomía de la persona, aumenta los problemas en las relaciones interpersonales y aumenta la probabilidad de tener problemas financieros, entre otros.

Sin embargo, aún son escasos los estudios y aún los resultados dejan interrogantes para comprender el fenómeno de la interacción comunicativa en estas poblaciones. es necesario continuar profundizando sobre las formas que interactúan, las habilidades o capacidades residuales que aún les permiten ser funcionales y participar.

Para el desarrollo metodológico del proyecto se tiene en cuenta un enfoque de tipo mixto, ya que se necesita un análisis cuantitativo y cualitativo lo cual permite analizar las características comunicativas de los adultos brindando información con mayor veracidad, de manera que los métodos mixtos representan un conjunto de procesos sistemáticos, empíricos y críticos de investigación e implican la recolección y el análisis de datos cuantitativos y cualitativos, así como su integración y discusión conjunta, para realizar inferencias producto de toda la información recabada (meta inferencias) y lograr un mayor entendimiento del fenómeno bajo estudio Hernández, Sampieri y Mendoza (2008).

De acuerdo con lo mencionado tomando datos cualitativos y cuantitativos, esto permite un diseño de investigación anidado concurrente. Para la presente investigación

se toma como método primario lo cualitativo y como anidado lo cuantitativo, teniendo en cuenta que es complejo cuantificar la comunicación debido a su subjetividad, de esta manera mediante el uso de observaciones directas no participantes y la elaboración e implementación de un instrumento no estandarizado se analiza la comunicación de un grupo de adultos con desordenes en la comunicación con sus interlocutores en sus contextos mediatos. De esta manera poder responder a la pregunta problema y poder cumplir con los objetivos establecidos para el estudio.

## **2. Capítulo 2. Marco de referencia**

### **2.1. Marco teórico**

La comunicación humana es un proceso bidireccional que incluye el intercambio efectivo de información, pensamientos, y sentimientos entre dos o más personas que permiten dar permanencia en el tiempo a la cultura y la sociedad. Las dinámicas de la comunicación implican factores sociales, biológicos, y culturales que influyen directamente en el desempeño y la calidad de los aportes verbales y no verbales a la interacción comunicativa. (Quintana, L. 2015).

También se conoce la comunicación como un proceso que implica la participación de diversas personas, donde se negocian conceptos y posturas, permite que los seres humanos, participen en un fenómeno social de interacción cultural, que hace parte de la esfera constituyente del ser humano y por ende de su calidad de vida. En este sentido, el ser humano desde que nace como hombre, ha convivido con la necesidad de comunicarse, siendo esta la forma más importante de la interacción social (Richards, 1984).

De esta manera Bernal, S. Pereira, O. Rodríguez, G (2018) referencian a (González de Rivera, 2004) manifestando que “La comunicación humana interpersonal, se convierte entonces en un objeto de interés científico y por tanto se entiende como un fenómeno humano de naturaleza social, de alta complejidad, pues en éste se dinamiza de forma integrada las dimensiones de análisis y variables de diversas naturalezas: biológica, psicológica, lingüística, social y cultural, a lo menos.

Asimismo, por formar parte de la naturaleza del hombre, la comunicación también debe comprenderse como un proceso intersubjetivo, ya que es el punto de acuerdo de la interacción de dos subjetividades, en el que intervienen como mínimo dos sujetos, cada uno con una función claramente definida y diferenciada que se relacionan entre sí, de una manera dinámica en un tiempo, un espacio y a partir de unas formas de relación y un contexto socio cultural determinado, para cumplir finalidades existenciales, cognoscitivas, sociales y prácticas; pues desde su nacimiento, la interacción viabiliza en el ser humano los procesos de representación, significación, expresión, construcción de identidad, transformación y por lo tanto de preservación de la sociedad y la cultura.”

Rizo, M. (2014) afirma que la comunicación interpersonal, a diferencia de la intersubjetiva, tiene un carácter más senso-corporal y se asocia directamente con la vivencia, y en mucha menor medida tiene que ver con el intercambio de ideas y conceptos o con la información misma que está siendo intercambiada.

Schütz (1972) concibió a la intersubjetividad como la clave del mundo social, pues el aquí se define porque se reconoce un allí, donde está el otro. El sujeto puede percibir la realidad poniéndose en el lugar del otro, y esto es lo que permite al sentido común reconocer a otros como análogos al yo.

Rizo, Marta. (2014) la interacción en el mundo se da, así pues, en el plano de la intersubjetividad, lo cual implica, para la fenomenología, la cualidad de las personas de ver y oír fenomenológicamente. Estas acciones constituyen las dos formas de relación por excelencia con el mundo. Y el habla, como principal canal de comunicación, es consecuencia de ellas. Es a partir del ver y el oír que se forma el sentido, desarrollado a través de los diálogos y las interacciones. Ello se explica por el hecho de que la

interpretación de lo social, en términos colectivos, tiene como telón de fondo a las influencias que las acciones de las personas tienen en los demás.

El Modelo Sistémico de la Comunicación Humana Interpersonal (MSCHI), “es aquel en el que se integran y se relacionan todos los componentes que implica el sistema de comunicación: intraindividual, interpersonal y sociocultural. Asimismo, muestra una propuesta desde la cual se pretende trascender desde visiones intraindividuales a una perspectiva interpersonal, lograr coherencia con conceptos de salud y calidad de vida desde el marco del Desarrollo Humano y social y generar un marco que sustente a la fonoaudiología como una profesión de los servicios humanos de alto impacto por la efectividad en la respuesta a las necesidades comunicativas de la sociedad”. (Giraldo, Corredor, & Torres, 2004)

Bernal, S. Pereira, O. Rodríguez, G. (2018) explica que el enfoque del MSCHI va más allá de explicaciones centradas en una evidencia de los diferentes comportamientos como una forma emergente, atomizada, taxativa en el individuo (lenguaje, habla, audición) cuyo fin último es la comunicación, y resultado de la suma de esas partes. Es decir, que trasciende los modelos de proceso de transmisión de la información (emisor-código-mensaje -receptor) a modelos interpersonales, que permiten explicar la complejidad del fenómeno comunicativo y los desórdenes. Así desde este modelo de formación se tendrán las explicaciones de cómo se realiza, cómo se desarrolla y cómo se altera el desarrollo comunicativo y la comunicación desde una perspectiva interpersonal.

La organización general del modelo plantea por tanto la comprensión de la comunicación como una interacción de esos tres aspectos generales, en los que se

mueven los comunicadores y que los constituyen. Estas dimensiones contemplan e integran todos los aspectos de interés para un enfoque fonoaudiológico.” (Bernal, S. Pereira, O. Rodríguez, G .2018)



Esquema 1, MSCHI tomado del libro: Bernal, S. Pereira, O. Rodríguez, G .2018 “Modelo sistémico de la comunicación humana interpersonal” pp. 106.

A continuación, se explican las dimensiones pertenecientes al MSCHI según Bernal, S. Pereira, O. Rodríguez, G. (2018)

D. Intrapersonal	D. Interpersonal	D. sociocultural
“Esta dimensión se encuentra relacionada con las condiciones, capacidades y potencialidades individuales que definen y determinan a la persona que se comunica, estas individualidades entran a jugar y “se tocan” en el	Esta dimensión se relaciona directamente con el objeto de estudio de la fonoaudiología, ya que, es en el espacio interaccional. El espacio interpersonal es el escenario donde cara a cara se logra o no	Esta dimensión es parte constituyente del comunicador, es el escenario de fondo y a la vez en construcción, pues la construcción social solo es posible en la acción comunicativa. También, al tener

<p>proceso de interacción y a la vez lo determinan.”</p>	<p>cada intención y propósito comunicativo, donde se pone al servicio y dispone de los saberes, capacidades y habilidades en emisores y receptores como co-creadores de una realidad intersubjetiva, en esa diada primigenia de un encuentro comunicativo.</p>	<p>en cuenta que, el hombre y la comunicación son sistemas abiertos, se identifica una dinámica de interacción e intercambio, es decir, el sujeto es transformado en la interacción interpersonal y social y a la vez el sujeto transforma a la sociedad y al otro.</p>
--	--	---

Tabla 1, Dimensiones pertenecientes al MSCHI.



Esquema 2, MSCHI, dimensiones y variables tomado del libro: Bernal, S. Pereira, O. Rodríguez, G. 2018.

“Modelo sistémico de la comunicación humana interpersonal” pp. 107.

Es clara la relación que se establece entre la comunicación y el desarrollo humana ya que se fundamenta en una premisa elemental: la comunicación es dimensión básica de las relaciones socioculturales y toda acción es necesaria para la articulación de actores sociales que protagonizan los procesos de desarrollo se sitúa en estas relaciones

subjetivas, objetivas y complejas. La comunicación es necesaria para la articulación de actores sociales que protagonizan los procesos de desarrollo. (Alfaro, 2016)

De esta manera, la fonoaudiología y su objeto de estudio la comunicación humana se encuentra llamada a permear todos los contextos de los seres humanos, ya que todos los ámbitos sociales, culturales, económicos, educación, salud, promueven la calidad de vida de las personas y es imposible no comunicar para ser cada cuál dentro de sociedades y grupos. (Cuervo, 1999) en su análisis afirma que “la calidad de vida es la calidad de la existencia en términos de la satisfacción de nueve necesidades: subsistencia, protección, afecto, conocimiento, participación, ocio, creación, identidad y libertad. Cada una de estas necesidades se puede manifestar en cuatro categorías existenciales: ser, tener, hacer y estar”.

Es así, como la comunicación hace parte de la vida de las personas, como lo planteó García, M. R. (2011). quien afirma en la reseña de " Teoría de la comunicación humana" de Paul Watzlawick. Razón y Palabra, es imposible no comunicar ya que toda conducta comunica y permite comprender los fenómenos humanos. Esta visión integral del ser humano permea la comunicación como objeto de estudio de la fonoaudiología.

La Clasificación Internacional clasificación internacional del funcionamiento de la discapacidad y de la salud (CIF) constituye una herramienta fundamental que permite comprender los niveles de discapacidad y en qué situaciones se presenta. Fernández, L. (2015), fundamenta el concepto de calidad de vida ligado al bienestar a partir de la CIF, que “se refiere al conjunto de condiciones que contribuyen a hacer agradable y valiosa la vida al grado de felicidad o satisfacción disfrutado por un individuo, especialmente en relación con la salud y sus dominios”. Asegura que los conceptos son

cambiantes en todo momento en la sociedad, ya que las necesidades cambian para la población.

La definición de calidad de vida, en el contexto de salud, se refiere puntualmente a la salud de la persona y se aplica en espacios donde prima la salud y deben ser tomadas decisiones terapéuticas. Esta utilización básica del concepto se inició en EE. UU. hace unos 30 años, con la confluencia de dos líneas de investigación: una la de la investigación clínica de la medición del «estado funcional» y otra la de la investigación psicológica del bienestar y de la salud mental”. Así pues, es posible analizar que la calidad de vida también depende no sólo de factores personales sino de factores contextuales teniendo en cuenta la comunidad en la que vive el individuo y el medio ambiente en el cual éste se desenvuelve (Gallego, M. 2017).

A continuación, se expresa la relación directa que guarda el MSCHI con la CIF:



Esquema 3, MSCHI tomado del libro: Bernal, S. Pereira, O. Rodríguez, G. (2018). “Modelo sistémico de la comunicación humana interpersonal” pp. 95.

Por otro lado, la edad adulta encierra unos intereses muy específicos respecto a la comunicación en las diferentes etapas de la vida adaptamos discursos, desarrollamos habilidades. Un adulto es una persona que a lo largo de su vida ha construido una serie de conocimientos y habilidades que le van a permitir desenvolverse adecuadamente en cada uno de los contextos en los que debe cumplir los roles que la sociedad le ha dado. El desempeño adecuado en ellos depende de la ejecución de una serie de habilidades y conocimientos que son exigidos en cada uno de los grupos y que a su vez están determinados por las reglas y principios sociales que establece la comunidad en general. (Hernández, Y. 2009).

Correa, C(2002) propone el modelo de la metacompetencia comunicativa el cual se concibe como el saber consciente acerca de los diferentes conocimientos que el hablante ha interiorizado con respecto a su código, a sus contextos pragmáticos y cognitivos, a su propia subjetividad y la de su interlocutor, menciona además cinco sub competencias (competencias lingüística, pragmática, cultural, ideológica y tímica) necesarias para desarrollar la competencia comunicativa y que pueden ser también analizadas desde el modelo sistémico de la comunicación.

De tal manera, que un desorden de comunicación es comprendido como “toda limitación en la interacción comunicativa que puede traer como consecuencia una restricción en la participación de los roles y funciones que individuos o grupos tienen en la cultura y en la sociedad, y que involucran deficiencias en las capacidades y potencialidades del individuo para comunicar. Ello implica que los procesos de intervención e investigación, en el campo de la comunicación humana y sus desórdenes, deban hacerse desde una perspectiva sistémica, donde se integren y se relacionen todos

los componentes con una visión de la comunicación como un fenómeno social en forma de espiral.” (Calvache. C, 2013).

Hartley, L. y Griffith, A. (2015) plantean un enfoque funcional para la comunicación cognitiva en pacientes con lesiones cerebrales, donde se correlaciona y diferencia la afasia de un trastorno cognitivo comunicativo, explicando que la afasia proviene de un daño focal mientras que el Trastorno Cognitivo Comunicativo (TCC) resulta de un daño difuso ambos ocasionados en el cerebro, sin embargo el enfoque funcional no únicamente se centra en un modelo biológico o clínico, sino que abarca aspectos de la comunicación e interacción funcional para la persona delimitando criterios como: actividades cotidianas, habla conectada, contextos naturales, adecuaciones, oportunidades, uso de habilidades y potencialidades residuales; dichos aspectos son determinados por el contexto del adulto; adicionalmente se tuvieron en cuenta aspectos no verbales de la comunicación como: la kinésia, proxémia, paralingüística, toma de turnos, reparación conversacional, intenciones comunicativas, cohesión coherencia y establecimiento de temas. A manera de conclusión resalta que es importante determinar un buen proceso de evaluación diagnóstico, caracterizando la comunicación del adulto y delimitando las diferencias entre una Afasia y un TCC, ya que va a influir en la construcción de un proceso de rehabilitación efectivo.

Por otro lado, la investigación desarrollada por Riaño, J. R. (2012) denominada Instrumento de evaluación del lenguaje en adultos con afasia o trastorno cognitivo comunicativo (IELAT), expone la comparación entre signos de afasia y psicopatología del lenguaje, sustenta que después de un accidente cerebrovascular, un paciente puede presentar diversos grados de deterioro neurológico, dependiendo del área del cerebro

que esté dañada. Específicamente, el daño al hemisferio cortical izquierdo puede ocasionar afasia. El habla característica en un paciente con una afasia causada por un accidente cerebrovascular puede ser similar al habla en algunos pacientes con esquizofrenia u otros trastornos psicóticos. En un paciente nuevo sin una historia confiable que presenta sospecha de afasia, es importante incluir los trastornos psicóticos como parte del diagnóstico diferencial.

Si bien existen varios trastornos psicóticos que se deben diferenciar entre sí de acuerdo con las directrices del DSM-IV. El propósito de este estudio es enfatizar la necesidad de considerar tanto los trastornos psiquiátricos como la afasia en pacientes con historias desconocidas que presentan anomalías del lenguaje, y ayudar al profesional a examinar críticamente el habla del paciente para que, en conjunto con otros datos clínicos, el correcto el diagnóstico se puede hacer y se puede iniciar el tratamiento apropiado. (Lane, L. 2011)

Teniendo en cuenta adultos mayores con trastorno cognitivo comunicativo en base en los aspectos cognitivos de esta población Rodríguez, J y Basto (2012) ejecutan un trabajo denominado: Beneficios de un programa de estimulación cognoscitivo / comunicativo en adultos con deterioro cognitivo moderado derivado de demencia, donde su objetivo general fue mantener, promover y/o compensar habilidades para la interacción comunicativa efectiva con su entorno; dentro de los resultados obtenidos realizaron una evaluación inicial y posterior de desempeño cognoscitivo y comunicativo para determinar cambios; la evaluación luego del programa mostró discretos cambios en pruebas de nominación, evocación y secuencialidad. La interacción comunicativa mostró tiempos superiores en atención, mantenimiento del tema de conversación e identificación

de su interlocutor. Esto sugiere que estos programas pueden aportar al beneficio de contextos comunicativos que apoyen las relaciones interpersonales desde la interacción efectiva y contribuyan con otros procesos cognitivos superiores.

En otra investigación Riaño, J, & Moreno, D. (2012) desarrollan un estudio denominado “Beneficios de un programa de estimulación cognoscitivo/comunicativo en adultos con deterioro cognitivo moderado derivado de demencia. Esta investigación se realizó en el Centro de Neurorehabilitación Surgir de la Ciudad de Cali. Su objetivo se centró en el análisis de las competencias, comunicativa y lingüística, de dos casos clínicos con afasia transcortical motora y afasia de Broca, respectivamente. Para su realización se tuvo en cuenta, como recursos metodológicos el levantamiento documental del historial clínico y algunas herramientas de corte cualitativo y descriptivo que dieron cuenta del ámbito lingüístico. Los resultados evidencian la conservación de la competencia comunicativa en términos de reglas de interacción básica, mientras que la competencia lingüística presenta aspectos diferenciales entre ambas afasias, teniendo en cuenta: la escasa formalidad gramatical, el desarrollo de intentos sintáctico-semánticos para lograr funcionalidad de lo dicho, y el contraste en el uso de categorías funcionales vs conceptuales. Los resultados se configuran como un hallazgo relevante dentro del campo fonoaudiológico, pues representan una orientación en la consolidación de diagnósticos diferenciales y perfiles lingüísticos en personas con desórdenes comunicativos neurogénicos y caracterizaciones que posteriormente funcionaron para describir, comprender y diferenciar cada adulto en su comunicación.

En cuanto a la investigación de los recursos comunicativos que utilizan las personas con afasia Holland A., (1982) realizó un estudio con cuarenta personas que

presentaban trastorno del lenguaje tipo afasia en observaciones reales y cotidianas, como ir de paseo a la tienda, estar con amigos, con el fin de describir la comunicación en contextos naturales, la metodología fue la presentación de tres casos clínicos e informes detallados sobre las interacciones y recursos comunicativos verbales y no verbales que utilizaban estas personas para el cumplimiento de propósitos e intenciones comunicativas, observando que estas personas utilizan estrategias comunicativas para lograr efectividad en la interacción con el interlocutor sin preocuparse por la perfección lingüística.

Los contextos naturales y las situaciones comunicativas permite la utilización y adaptación de estrategias para cumplir propósitos e intenciones incrementado la participación en contextos sociales como lo plantean Gil, Ruiz, y Cuervo (2001) quienes realizaron un estudio sobre las variaciones de la complejidad verbal en sujetos afásicos y no afásicos en dos situaciones comunicativas, los cuales examinaron si la complejidad verbal del lenguaje producida por los sujetos con afasia y sin afasia se incrementaban las respuestas en los contextos sociales, encontrándose similares adaptaciones de estrategias en las tareas de descripción y narración de una lámina.

Otro aspecto importante es el rol que cumplen familiares, amigos y acompañantes en los contextos cotidianos, estos proporcionan respuestas comunicativas que no permiten la participación natural de las personas con afasia en los intercambios comunicativos confirmado con lo expuesto por González, D Pabón, A Suarez, F y Gómez, A (2009) realizaron un estudio en la Universidad Nacional de Colombia, sobre las estrategias comunicativas verbales y no verbales utilizadas por sujetos afásicos para la nominación en tres situaciones. Por otra parte, Armstrong, Ferguson (2010) y Reigat,

Gallardo y Serra (2009) afirman también que las personas con afasia pueden llegar a comunicarse mejor con recursos verbales y no verbales posterior al evento presentado, además señalan que la comunicación funcional basada en los recursos con múltiples modalidades incluyendo los gestos y la expresión, favorecen el intercambio comunicativo, plantea que el uso único de los recursos lingüísticos se encuentran en discusión, puesto que es necesario explorar la comunicación desde una perspectiva funcional.(Gallardo, 2005)

Puig-Pallarols, M., y Almirall, C. (2013) elaboran un programa denominado Comunicación aumentativa y alternativa para personas con afasia, la cual se enfoca en la intervención terapéutica en sujetos con afasia, cuyo objetivo fue determinar la influencia de este programa sobre el uso de los actos de habla en este grupo de sujetos. El diseño empleado fue de tipo preexperimental pretest-posttest de un solo grupo, llegando al análisis de la frecuencia en el uso de actos de habla después de la implementación del tratamiento grupal interaccional. Los resultados permitieron comprobar que surgen cambios significativos en cuanto al incremento en el uso de los actos de habla en la modalidad discursiva no verbal gestual, discursiva verbal oral, discursiva verbal escrita y la no verbal gráfica. Estos resultados estuvieron determinados por el compromiso de los sujetos en sus respectivos discursos. Los resultados obtenidos aportaron a la disciplina y a la profesión de la comunicación humana y desde el área investigativa, ampliaron los principios y enfoques terapéuticos dirigidos a poblaciones con trastornos neuro-discursivos asumiendo una perspectiva multidimensional valorando al sujeto y no al desorden.

Por otro lado, Delgado, Malagón, & Bernal, (1996) estudiaron los actos comunicativos de tipo interaccional con ayuda de un sistema aumentativo y alternativo que se desarrolló en la década de los 90. La investigación giró en torno a los sistemas Aumentativos y Alternativos con la implementación de ayudas visuales (sistema pictográfico de comunicación), con el fin de implementar actos comunicativos interaccionales como lo plantearon (Delgado, Malagón, & Bernal, 1996)

Al respecto (Gallardo, 2006) realizó una guía comunicativa diseñada para interlocutores clave quienes tienen constantemente interacciones con personas con afasia. Dicha guía se elaboró a partir del (instrumento que estudia la percepción del lenguaje y afasia) para llegar a establecer las estrategias que se grabaron, estas fueron de naturaleza conversacional con diferentes interlocutores, estos fueron entrevistador y el familiar.

Labov (1992, citado por Gallardo, 2017) afirma en esta guía que las conversaciones tienen un ligero condicionamiento, que hace que las personas con afasia cambien o modifiquen algunas cosas sobre la actuación pragmática, sin embargo, señala que para esta guía se intentó que los entrevistadores (logopedas) participaran poco en la recolección de las muestras, pero, no siempre es fácil, puesto que en muchas situaciones se tuvo que detonar o iniciar la conversación y darle solapamiento para mantener el tópico. Por otro lado, afirma que la videograbación también actuó como herramienta para recolectar más datos, pero, afectó la naturalidad del diálogo, dando un poco de artificialidad, lo que puede afectar directamente el comportamiento comunicativo.

Las estrategias comunicativas son fundamentales para el establecimiento de interacciones comunicativas que utilizan los interlocutores son las reparaciones conversacionales, este concepto se utiliza desde la década de los 90° por autores como Fox, Schegloff, Moerman citado por (Pietrosevoli, 2007) el cual realizó un estudio del análisis conversacional en poblaciones especiales (personas con afasia) “La reparación es el proceso por el cual los hablantes corrigen los errores presentes en el habla previa más inmediata. A esto debemos añadir que el “error” no siempre se manifiesta externamente y que cada vez que un hablante percibe una desviación de su planificación interna, previa a la ejecución real del habla, puede iniciar una reparación sin que la fuente de error se haga manifiesta para el interlocutor o para el analista de la conversación” (Fox, 1996, p. 11. Citado por Pietrosevoli, 2007).

Es importante resaltar que las reparaciones de la conversación ocurren en diferentes contextos y los hablantes sanos la utilizan de forma natural. La investigación tuvo como objetivo realizar un análisis comparativo con pacientes que presentan Alzheimer y Afasia de broca continuando el estudio realizado por el autor Pietrosevoli (2007).

Dentro de las estrategias comunicativas que pueden ser empleadas por los individuos que interactúan con el adulto mayor, según Barahona F. y Bravo F. y Gálvez, N., y Valdebenito J. (2015) realiza una clasificación de las estrategias en verbales las cuales se refieren a el uso del lenguaje, los no verbales referentes a los apoyos en gestos o pictogramas y por último las estrategias contextuales relacionadas con las interacciones comunicativas de lugares y entornos.

Niño, B (2003), en una investigación relacionada con estrategias para la comunicación con el adulto mayor se encuentran inmersas las siguientes:

- Repaso de la vida como dinámica constante: dentro de la interacción comunicativa y la espontaneidad; orientar a la persona adulta para que evoque las diferentes etapas de subida. Esta estrategia beneficia la memoria episódica, el razonamiento y la solución de problemas.
- Facilitar ambientes ricos en estímulos: construir contextos y situaciones que respondan a tareas cognitivas como, por ejemplo, la lectura y escritura de textos enfatizados por intereses y capacidades, el desarrollo de juegos cognitivos y la narración de historias.
- Incorporando las ayudas técnicas: planear, elaborar y hacer uso en conjunto con el adulto mayor de dispositivos que le faciliten recuperar la información perdida.
- Reconocimiento como sujeto capaz de razonar, memorizar, construir: crear conciencia en el sujeto para que responda a la capacidad que tiene de lograr una tarea y de la funcionalidad de sus estructuras cerebrales y cognitivas.

También Niño, B (2003), afirma que es necesario que el interlocutor estimule el lenguaje en el Adulto mayor como se visualiza a continuación:

- Ejercitación de la fluidez verbal oral y escrita: facilitar y estructurar espacios para el manejo de competencias orales y escritas, los cuales pueden tener que ver con la cotidianidad o con otros temas de mayor complejidad.

- El juego lingüístico: mediante el lenguaje se puedan hacer el uso de adivinanzas, trabalenguas, coplas, poesía, analogías, metáforas, sinónimos, antónimos con el fin de ejercitar el componente fonológico, sintáctico, semántico y pragmático del lenguaje.
- Evitar el mutismo: proveer ambientes ricos en estímulos auditivos como la exposición a la música.
- Formación de interlocutores válidos: desde la función de escucha, lo cual, representa para el adulto mayor un papel importante debido a que de esta manera se valida la transmisión de sus mensajes y da importancia a las diferentes interacciones.

Dentro de la búsqueda de estrategias comunicativas e interactivas, se encontraron las propuestas por Barahona F. y Bravo F. y Gálvez N., y Valdebenito J. (2015). Las cuales se clasifican de la siguiente manera:

<b>Estrategias Verbales</b>	<b>Estrategias no verbales</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Use ejemplos significativos, utilice las experiencias de los participantes.</li> <li>• Cerciorarse que el mensaje es comprendido (realizar preguntas).</li> <li>• Orientar a la persona adulta que evoque las diferentes etapas de su vida.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar apoyo de forma gestual.</li> <li>• Ubíquese en un espacio donde puede ser visualizado por la persona mayor.</li> <li>• Emplee estímulos sensoriales para acompañar o sustituir la comunicación oral. (Tacto, olfato, gusto, audición y visión), según lo requiera la persona mayor.</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Facilitar ambientes ricos en estímulos (lectura, escritura, juegos cognitivos y narración de historias).</li> <li>• Anticipe verbalmente la acción que va a realizar.</li> <li>• Promueva la participación de la persona mayor en conversaciones.</li> <li>• Promueva temas de conversación.</li> <li>• Maneje la toma de turnos.</li> <li>• Mantenga la atención del adulto mayor en la conversación, por medio de preguntas mantener la continuidad.</li> <li>• Construya conjuntamente el discurso de acuerdo con las respuestas del adulto mayor.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si es necesario utilice otras formas de comunicación (dibujos, señas, gestos).</li> <li>• Evite las interrupciones.</li> <li>• Señalar objetos para facilitar la comprensión.</li> <li>• Estrategias contextuales:</li> <li>• Adecue el ambiente para las interacciones.</li> <li>• Evite ruidos externos durante la conversación.</li> <li>• Evite distracciones que interfieran en la comunicación.</li> <li>• Promueva la participación de la familia, amigos o comunidad.</li> <li>• Tenga presente mantenerlos informados de la realidad Nacional e Internacional.</li> <li>• Promueva debates, mesas redondas temáticas y tomas de decisiones.</li> <li>• Evitar las interrupciones durante las interacciones.</li> </ul>
---	--

Tabla 2, Estrategias comunicativas no verbales y verbales.

Mardones, y otros, (2015) desarrollaron un artículo de investigación denominado “Caracterización de la intervención fonoaudiológica en la demencia tipo Alzheimer en Chile” cuyo objetivo es caracterizar el abordaje fonoaudiológico en la Demencia Tipo Alzheimer. En los resultados los profesionales encuestados refieren que, en la intervención, trabajan con propuestas teóricas, puesto que ambos se emplean en la intervención de patologías neurodegenerativas en el adulto (Mardones, y otros, 2015) citando a (Peña-Casanova, 2007).

También refieren trabajar en las dificultades comunicativas en la Demencia tipo Alzheimer que afectan al paciente, al entorno y al cuidador (Mardones, y otros, 2015) retomando a (Sánchez Vidal, 2007). En cuanto a las estrategias de intervención, los encuestados trabajan a través de la reactivación y compensación de manera combinada, acorde con la teoría que señala que los enfoques deben ser combinados en función de las necesidades del usuario y del grado de demencia de la persona, ya que esta patología presenta variaciones en los aspectos lingüísticos comunicativos (Mardones, y otros, 2015) citando a (Peña-Casanova, 2007).

Respecto del tipo de intervención que se realiza, la mayoría de los profesionales trabaja utilizando la facilitación, es decir, que solo se actúa frente a las problemáticas que presenta el paciente, es decir, enfocado en las necesidades e intereses del usuario, priorizando la funcionalidad de la comunicación (Mardones, y otros, 2015) retomando a (Peña-Casanova, 2007).

## **2.2. Marco conceptual**

La literatura desde las neurociencias y neuropsicología ha evidenciado como las alteraciones neurológicas de cualquier origen desencadenan deficiencias en la cognición y el lenguaje, desde la infancia hasta la adultez. (Sánchez, 2008) refiere que lesiones neurológicas en áreas como redes neuronales distribuidas por la corteza cerebral y áreas subcorticales, estas localizaciones pueden estar relacionadas con alteraciones en el lenguaje. De todos modos, esto no elimina la posibilidad de que una lesión de una determinada zona del cerebro pueda producir un trastorno del lenguaje específico,

generando dificultades para la expresión y comprensión del lenguaje e incluso en la cognición.

(Sastoque, 2012) describe las alteraciones de lenguaje en adultos derivadas de diferentes etiologías neurológicas entre las que se encuentra el ACV, Neuroinfecciones, traumas craneoencefálicos. En los adultos mayores, el perfil de factores de riesgo vascular y el riesgo de presentar una patología neurológica o un accidente es diferente en comparación con pacientes más jóvenes. Ya que la tasa de incidencia de estos usuarios aumenta con la edad siendo más probable en mayores de 65 años.

De esta manera Garreta, A (2012) explica que la historia de las afasias comienza con los planteamientos que realiza Paul Broca, célebre cirujano y antropólogo francés que estremece la época de 1861 cuando afirmó encontrar en uno de sus pacientes que presentaba un impedimento del lenguaje expresivo, una lesión en el tercio posterior de la tercera circunvolución frontal izquierda. Esta se puede decir, que es la primera contribución científica definitiva en el estudio de las afasias.

La idea general que brotó a partir del descubrimiento según Sánchez, J. M. M. (2008) es que la facultad del lenguaje se originaba en los lóbulos frontales del cerebro, concretamente en la zona supraorbital y Broca, a partir del estudio del cerebro de un paciente fallecido llamado Leborgne, se describió que su incapacidad de hablar se debía a una lesión cerebral localizada en el pie de la tercera circunvolución frontal. Estas conclusiones, expuestas en un artículo en 1861, demostraron que una lesión cerca de las áreas del lenguaje posteriormente establecidas como área de Broca y de Wernicke, pueden afectar aspectos lingüísticos (fonético-fonológico, semántico, sintáctico y pragmático) y de esta manera afectar en la competencia comunicativa del adulto.

Existen diversas clasificaciones de las alteraciones de lenguaje y la comunicación derivadas de daños neurológicos. (Kertesz, A. 1985) afirma que la afasia es un trastorno en el lenguaje causado por un daño cerebral. La Afasia se refiere, en consecuencia, a una alteración adquirida en el lenguaje oral. Las afasias pueden presentarse después de la adquisición del lenguaje. Existen clasificaciones de acuerdo con sus características o signos comunicativos como:

<b>AFASIA</b>	<b>CARACTERÍSTICAS LINGÜÍSTICAS</b>	<b>CARACTERÍSTICAS COMUNICATIVOS</b>
Broca	<p>Agramatismo. Afectado componente fonético, morfémico, sintáctico, parafasias verbales o fonéticas.</p> <p>No fluente</p> <p>Logra señalar objetos</p> <p>Dificultad para nominar, leer en voz alta y escribir.</p>	<p>Dificultad en manifestar propósitos comunicativos.</p> <p>Dificultad en mantener y finalizar tópicos conversacionales.</p> <p>Conversación poco inteligible</p> <p>Comprensión del lenguaje hablado relativamente conservado</p> <p>Expresión alterada</p> <p>Repetición alterada</p>
Wernicke	<p>Discriminación Fonológica alterada, secuencia de palabras, establecer signficante y significado, fluido, jergafasia. Afectado componente fonémico, semántico.</p> <p>Fluente, con presencia de parafasias, dificultad en señalar objetos, nominar, leer en voz alta, leer y escribir.</p>	<p>Dificultad en manifestar propósitos comunicativos.</p> <p>Dificultad en iniciar, mantener y finalizar tópicos conversacionales.</p> <p>Afectada comprensión del lenguaje hablado y repetición de este.</p> <p>Conservada expresión, sin embargo, el mensaje poco cohesivo y coherente, según el interlocutor y lo que se le solicita.</p>

<p>Conducción</p>	<p>Afectado componente fonémico.  Fluente, frecuentes parafasias, logra señalar objetos, nominación y lectura en voz alta alterada.</p>	<p>Repetición de lenguaje hablado afectado, comprensión conservada, la expresión se denota más alterada, logra manifestar intención comunicativa.</p>
<p>Transcortical motora</p>	<p>Funciones pragmáticas del lenguaje alterados.  Presenta ecolalia. Señalización conservada, nominación alterada, algunas veces dificultad en lectura en voz alta. No fluente</p>	<p>Durante la conservación su discurso es escaso.  Comprensión del lenguaje relativamente conservado, repetición conservada, expresión del lenguaje alterado.</p>
<p>Transcortical sensorial</p>	<p>Relaciones semánticas para las palabras alterado. Afectado componente semántico.  Fluente, presencia de parafasias y ecolalias, dificultad en señalar, nominar, lectura en voz alta conservada.</p>	<p>Comprensión del lenguaje hablado alterado, buena repetición, dificultad en expresión, manifiesta intención comunicativa.</p>
<p>Mixta</p>	<p>No fluente, con ecolalia, dificultad en señalar objetos, nominar, leer en voz alta, y escribir</p>	<p>Dificultan en intención comunicativa.  Comprensión del lenguaje severamente alterado, repetición aparentemente conservada,</p>

Anómica	Fluente, lenguaje vacío, escaso repertorio lexical, señala objetos, dificultad en nominar, lectura en voz alta conservada.	Establece conversación con otros, buena comprensión del lenguaje hablado, repetición conservada, dificultad en expresión.
---------	--	---

*Tabla 3, Tipología de las afasias. Galletta, E. E., & Barrett, A. M. (2014). Impairment and functional interventions for Aphasia: Having it all. Current physical medicine and rehabilitation reports, 2(2), 114-120.*

De acuerdo con la literatura, las afasias corresponden a la denominación de alteraciones del lenguaje expresivo o comprensivo en modalidad verbal o escrita, derivada de un daño neurológico focal, adquirido por cualquier tipo de lesión vascular o traumática, que afecta principalmente las áreas del lenguaje. Estas características hacen variables los cuadros de afasia y limitan a las personas para interactuar, principalmente por que los signos comunicativos que presentan son de difícil interpretación de sus interlocutores, lo que genera aislamiento de sus roles principales. En las últimas décadas se encontraron alteraciones de lenguaje y la comunicación en adultos derivadas de daños neurológicos degenerativos o evolutivos, con otros signos y características comunicativas muy particulares, principalmente relacionada con alteraciones cognitivas y recíprocamente afectan el lenguaje y por ende la comunicación. (Martínez, E. O., Melgarejo, M. P., & Broche, Y. 2015)

(American Speech-Language-Hearing Association. 1987) explica alteraciones del lenguaje y la comunicación en personas con alteraciones neurológicas degenerativas como demencias, se refiere a un trastorno cognitivo comunicativo (TCC) que es un conjunto de dificultades comunicativas ocasionadas por una disrupción en los procesos cognitivos. Funcionalmente, este conjunto de alteraciones afecta a las actividades de la vida diaria, la interacción social, la regulación de la conducta, el rendimiento académico y laboral. La prevalencia del trastorno cognitivo y las estimaciones de incidencia y prevalencia del TCC dependen de la población a estudiar considerando las variables de edad, tipo y gravedad de la lesión.

El trastorno cognitivo comunicativo se encuentra directamente relacionado a un deterioro neurológico, ocasionado por un daño difuso en diferentes áreas cerebrales. El

TCC no se explica por una alteración en el lenguaje, de naturaleza afásica González V & Hornauer-Hughes, (2014). Sino más bien por una deficiencia en las funciones ejecutivas, que pueden coexistir con dificultades de atención, memoria, organización, resolución de problemas, razonamiento, desorientación témporo-espacial; más el daño a nivel del lenguaje y la comunicación. A nivel cognoscitivo esta patología determina: alteración en el cálculo, razonamiento para la solución de problemas, en la interacción con otros se distinguen cambios comportamentales repentinos, irritabilidad e indiferencia; el lenguaje puede estar caracterizado por signos similares a la afasia acompañado de parafasias, la comprensión suele estar alterada y presentar anomias.

Existen también alteraciones en el lenguaje y la comunicación derivadas no necesariamente de lesiones neurológicas focales, Ramos, L (1996) refiere signos de alteraciones lingüísticas y comunicativas en personas con enfermedades mentales, caracterizado por una etiología de tipo hereditario o asociado a experiencias negativas o impactantes en algún momento de la vida del adulto. Sustentando que la alteración lingüística en el cerebro con algún daño psicopatológico desempeña un papel más central en la patogénesis de esta enfermedad. Contra la visión estándar, que las psicopatologías son una perturbación del pensamiento o la individualidad, donde se sostiene que los orígenes de las formas relevantes de pensamiento y personalidad dependen al menos parcialmente del lenguaje. La visión de que no se basa en una concepción teórica del lenguaje Este modelo lingüístico defiende empíricamente tanto una correlación uno a uno entre el pensamiento o el significado específico del ser humano y las formas de organización gramatical, y una visión integradora y codependiente de la cognición lingüística y sus dimensiones sensoriomotoras.

En el discurso se denota cualquier alteración, cambio o deficiencia en la capacidad lingüística que altere la comunicación de la persona. La Psicopatología del lenguaje teniendo en cuenta. El discurso denotamos cualquier alteración, cambio o deficiencia en la capacidad lingüística que altere la capacidad de comunicación de la persona con trastornos mental de algún tipo; la psicopatología del lenguaje compete una alteración de tipo emocional, cognitivo y/o comportamiento, en que quedan afectados procesos psicológicos básicos como son la emoción, la motivación, la cognición, la conciencia, la conducta, la percepción, la sensación, el aprendizaje, el lenguaje, etc. Lo que dificulta a la persona su adaptación al entorno cultural y social en que vive y crea alguna forma de malestar subjetivo. (Hinzen, A. 2015).

Las modalidades comunicativas en el adulto son fundamentales para análisis el engranaje físico y funcional, que permite a la persona alcanzar el éxito en su comunicación oral, escrita, no-verbal, viso-gestual, gráfica, etc.; por esto, es importante determinar si el individuo cuenta o no, con un estado favorable de sus estructuras (Órganos fonoarticulatorios, oído etc.) como de sus funciones (audición, procesos periféricos y centrales -procesamiento acústico fonético-fonológico), procesamiento semántico, sintáctico, pragmático, procesos de planificación y programación, procesos motores básicos del habla etc.). Dependiendo esto de las diferentes modalidades de comunicación a analizar y de la historia personal.

A continuación, se visualiza un esquema con las modalidades comunicativas



Esquema 4, MSCHI, dimensiones y variables tomado del libro: Bernal, S. Pereira, O. Rodríguez, G. (2018) "Modelo sistémico de la comunicación humana interpersonal" pp. 119.

Bernal, S. Pereira, O. Rodríguez, G. (2018) mencionan diez comportamientos no verbales como: el contacto físico, proximidad, orientación, aspecto exterior, postura, gestos con la cabeza, expresión del rostro, gesto de la mirada, y aspectos no lingüísticos dentro del discurso, es decir señalar lo no verbal, contradecir, sustituir, complementar. Acentuar y regular el comportamiento verbal.

De igual forma Knapp citado por Triana, A y Gomez, L (2016) distribuye los aspectos no verbales en siete categorías:

1. Movimientos del cuerpo, movimientos kinestésicos; gestos movimientos corporales, expresiones faciales, expresiones visuales y postura.
2. Características físicas: Forma del cuerpo, olores, cultura y peso.

3. Conducta Táctil: El movimiento de las manos pueden ser voluntarios e involuntarios aclarando mensajes verbales que se van adecuando según la intención del hablante.
4. Paralenguaje: señales vocales no-verbales establecidas alrededor del comportamiento común del habla.
5. Proxémica: el uso y percepción del espacio social y personal para comunicarse.
6. Los artefactos: que comprenden la manipulación de objetos con personas interactuantes como lo es el maquillaje.

Por su parte (Reigat, Gallardo, & Serra, 2009) citado por Triana, A y Gomez, L (2016) refieren que existen recursos o estrategias verbales y no verbales. En los recursos no verbales se relacionan los siguientes gestos como compensatorios a toda la actuación interactiva: Gestos Reactivos: expresan la reacción ante la interacción con el interlocutor, por ejemplo, gestos reactivos de incredulidad. (Abriendo los ojos, asentimiento rápido para el convencimiento); expresión facial: extrañeza ante respuesta negativa, sorpresa una pregunta inesperada, mirada risueña, situación jocosa, gesto facial de expectación de estar escuchando; la sonrisa: que la expresión de acompañamiento para las respuestas al interlocutor; gestos reactivos en manos y brazos: cuando existe tensión en el informante y por último los silencios: que se realizan posterior a una situación incómoda.

Por otro lado Gómez, L. y Triana, A. (2016) en la investigación “Comunicación interpersonal de adultos con afasia en contextos mediatos” encontraron que existen

recursos verbales, donde se evidencian las estrategias utilizadas tanto en personas con desordenes de la comunicación como los interlocutores claves, tales estrategias son: estrategias de recepción; estas se clasifican en estrategias indirectas: que consiste en repetir las palabras para ayudar al propio procesamiento o para indicar problemas con el entendimiento; estrategias directas: que son la petición explícita de repetición para aclarar; estrategias directivas: estas son explícitamente solicitarle al interlocutor que hable despacio para la comprensión.

Estrategias de producción: se trata de observar al interlocutor clave o el rostro de los asistentes buscando pistas para comprender la interacción. (Gallardo, 2005) también las nombra estrategias interactivas indirectas. Estrategias de repliegue: se trata de omitir la mayor información posible, haciendo que el turno sea extremadamente corto. Reparaciones verbales: los hablantes corrigen los errores presentes en el habla previa inmediata, estas también las pueden realizar los interlocutores clave, tratando de terminar las palabras de la persona que tiene afasia. (Pietrosemoli, 2007).

### **3. Capítulo 3. Marco metodológico**

#### **3.1. Tipo de estudio**

Para el desarrollo metodológico del proyecto interacción comunicativa de un grupo de personas adultas institucionalizadas con desordenes de la comunicación a través del modelo sistémico de comunicación humana interpersonal se planteó un enfoque de tipo mixto, de corte cualitativo y cuantitativo; brindando así información objetiva y subjetiva propia del fenómeno que se estudió. Los métodos mixtos representan un conjunto de procesos sistemáticos, empíricos y críticos de investigación e implican la recolección y el análisis de datos cuantitativos y cualitativos, así como su integración y discusión conjunta, para realizar inferencias producto de toda la información recabada (metainferencias) y lograr un mayor entendimiento del fenómeno bajo estudio. (Hernández Sampieri y Mendoza, 2008)

De acuerdo con lo mencionado, el diseño de investigación es anidado concurrente. Para la presente investigación se toma como método primario el cualitativo y como anidado el análisis cuantitativo. Así, el primer enfoque utilizado fue el interpretativo de tipo etnográfico de la interacción de un grupo de personas adultas comprendiendo la comunicación interpersonal en sus diferentes contextos mediatos. Por otra parte, para el enfoque anidado se aplicó un instrumento no estandarizado el cual fue validado desde su constructo y contenido por parte de cinco jueces expertos denominado: Instrumento para la caracterización de la interacción comunicativa de

adultos con desordenes adquiridos en la comunicación (afasia, trastorno cognitivo comunicativo y psicopatología del lenguaje). ICINCOMAD

### 3.2. Población

La investigación fue desarrollada en la ciudad de Bogotá D.C- Colombia; participaron nueve adultos institucionalizados en la Fundación Gerontológica Las Canitas ubicado en la localidad de Engativá barrio Normandía, estrato socioeconómico cuatro (4). Quienes presentaban desordenes de la comunicación tipo: afasia, trastorno cognitivo comunicativo y psicopatología del lenguaje, con edades comprendidas entre los cuarenta y cinco (45) y ochenta y ocho (88) años. Por otra parte, participaron los interlocutores pertenecientes a la institución siendo estos nueve (9) cuidadores auxiliares de enfermería y un (1) familiar. Para un total de diez (10) interlocutores. Como se presenta en la siguiente tabla:

POBLACIÓN						
Siglas	Edad	Sexo biológico	Procedencia	Ocupación (anterior)	Dx. Médicos	Deficiencia
A. L	76	M	Boyacá	Pensionado	Secuelas de ECV.	Afasia de Broca
V. F	70	M	Bogotá	Militar pensionado	Secuelas de ECV	Afasia de Wernicke
E.M	80	M	Boyacá	Pensionado	Secuelas de ECV	Afasia global
J. L	72	M	Santander	Sacerdote	Demencia tipo Alzheimer	Trastorno cognitivo comunicativo

B. G	88	F	Bogotá	Ama de casa	Demencia tipo Alzheimer	Trastorno cognitivo comunicativo
A. A	73	F	Bogotá	Confeccionista	Demencia tipo Alzheimer	Trastorno cognitivo comunicativo
W. Q	47	M	Boyacá	Docente	Esquizofrenia	Psicopatología del lenguaje
A. B	45	M	Bogotá	Estudiante	Esquizofrenia	Psicopatología del lenguaje
L. R	64	M	Bogotá	Comerciante	Trastorno afectivo bipolar	Psicopatología del lenguaje

Tabla 4, Población adultos institucionalizados.

<b>INTERLOCUTORES</b>				
<b>Identificación</b>	<b>Formación/rol</b>	<b>Sexo biológico</b>	<b>Edad</b>	<b>Procedencia</b>
I.C1	Aux. enfermería	F	28	Bogotá
I.C2	Aux. enfermería	F	30	Cartagena
I.C3	Aux. enfermería	M	30	Cartagena
I.C4	Aux. enfermería	F	26	Santander
I.C5	Aux. enfermería	F	35	Bogotá
I.C6	Aux. enfermería	F	40	Bogotá
I.C7	Aux. enfermería	F	26	Santander
I.C8	Aux. enfermería	M	36	Venezuela
I.C9	Aux. enfermería	F	36	Venezuela

I.F1	Hijo	M	50	Bogotá
<b>Número total de interlocutores</b>				<b>10</b>

*Tabla 5, Población interlocutores participantes del estudio.*

El tipo de muestreo fue intencionado y a conveniencia:

Criterios de inclusión para la población adulta:

1. Personas institucionalizadas en la Fundación Gerontológica las Canitas sede Normandía en Bogotá D.C.
2. Adulto medio y mayor que tuvieran diagnósticos médicos, psicológicos o fonoaudiológicos que comprometan el lenguaje y/o la comunicación debido a una deficiencia tipo afasia, trastorno cognitivo comunicativo o una psicopatología del lenguaje.

Criterios de inclusión para la población de interlocutores:

1. Cuidadores quienes tuvieran permanente interacción con los adultos en sus contextos mediatos.
2. Personal administrativo o de servicios generales que tuvieran contacto directo con las personas adultas habitantes de la fundación.
3. Familiares o visitantes que estuvieran presentes en la institución al momento de realizar el trabajo de campo.

Criterios de exclusión:

1. Todas las personas que no cumplieran con los criterios descritos.

### 3.3.Procedimientos

Con el fin de recolectar los datos cualitativos y cuantitativos se realizaron los siguientes procedimientos:

1. Elaboración y validación de instrumento ICINCOMAD.
2. Selección de la población.
3. Revisión de documentos y firmas de consentimientos informados.
4. Trabajo de campo:
  - a. Observaciones directas no participantes en diferentes situaciones y con diferentes interlocutores.
  - b. Recolección de información a través de videograbaciones.
  - c. Diligenciamiento de instrumento ICINCOMAD. TABLA 6
5. Elaboración de categorías de análisis cualitativo, a saber:

ACCIÓN	CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
COMUNICATIVA  (A.C)	Flujo comunicacional  (F.C)	Puntuación (P.T)
		Modalidad comunicativa para el cumplimiento del propósito. (Modalidad verbal oral M.V.O- Modalidad no verbal M.N.V)
		Capacidades y habilidades del interlocutor y adulto en la comunicación. (C.H.I – C.H.A)

	Metacomunicación (M.C)	Uso de normas interpersonales y sociales (N.I.S)
		Uso de normas macrocontextuales (N.M)
	Cumplimiento de propósitos comunicativos. (intencionales o no intencionales) (C.P)	Estrategias y recursos interlocutor (E.R.I)
		Estrategias y recursos adultos (E.R.A)
		Rol (complementario R.C-simétricos R.S)
		Temas y tópicos conversacionales. (T.T.C)

Tabla 6, Categorización

## 6. Análisis de resultados.

### 3.4. Técnicas para la recolección de información

#### Instrumentos.

1. Como instrumento de recolección de datos se utilizaron diarios de campo con apoyo de registros videograbados. Los diarios contenían información como: fecha, lugar (institución y sede) observador, situación comunicativa (en la cual se especificaba si la situación era de alimentación o de ocio/social), los interlocutores del adulto y por último la descripción de lo observado el cual está compuesto por la descripción en general de la situación y por otro lado un análisis que comprende la percepción del investigador frente a la situación. Adicionalmente se contemplaron otros aspectos descritos a continuación:

ITEM	CONCEPTUALIZACIÓN
Objetivo de la situación	Hace referencia a la intención o propósito de la interacción en los contextos mediatos.
Tiempo	Duración de la observación realizada establecida en cada situación (1 hora por situación)
Espacio	Lugar físico dónde se realizó la observación de las interacciones entre el adulto y sus interlocutores.
Situación	Hace referencia al momento de la interacción comunicativa. Se establecieron dos: durante la alimentación y en momentos de ocio o social
Actores	Hace referencia a los sujetos involucrados en la situación comunicativa: adulto (identificado con la sigla de su nombre) el cuidador y/o familiar.

Tabla 7, Ítems diarios de campo.

2. Se implementó un instrumento no estandarizado para la caracterización de la Interacción Comunicativa de Adultos con desordenes adquiridos en la comunicación (afasia, trastorno cognitivo comunicativo y psicopatología del lenguaje) ICINCOMAD. Su constructo y contenido está fundamentado en el MSCHI (Bernal, S. 2018) a través de una selección de variables e indicadores que dan cuenta de la comunicación según el modelo citado.

Este se sometió a una validación por cinco jueces expertos en las temáticas. El objetivo es registrar los datos de los 9 participantes en sus contextos mediatos con sus diferentes interlocutores. El instrumento consta de:

1. Datos de identificación, historia personal del adulto e identificación de la deficiencia.
2. Identificación del contexto de la interacción.
3. Matriz con la operacionalización de las dimensiones, variables, indicadores, ítems y opciones de respuesta, fundamentada en el Modelo Sistémico de la Comunicación Humana interpersonal, MSCHI (Bernal, S. 2018).

El instrumento se encuentra compuesto por tres dimensiones: Intrapersonal, interpersonal y sociocultural para un total de 36 ítems, conformados por: la dimensión intrapersonal contiene 11 ítems; las variables biológica (2), psicológica (4), psicolingüística(5); la dimensión interpersonal con 21 ítems, compuesta por la variable contextual: microcontextual (9) variable pragmática (6) actos comunicativos (3) variable enfocada en el interlocutor (3) y la dimensión sociocultural con 5 ítems, donde se plantearon indicadores de participación (3) y respecto a las barreras y los facilitadores (2). Las opciones de respuesta fueron: Si, No, alternativas donde se plantearon opciones específicas y algunas escalas como nunca, casi nunca, siempre, casi, siempre y Cual/Observaciones.

### **Método.**

El Método de la recolección de datos fue mediante observaciones directas no participantes en integraciones del adulto con sus interlocutores y el diligenciamiento de los instrumentos a partir de lo observado tanto de manera directa como a través de videograbaciones.

#### **4. Capítulo 4. Análisis de resultados**

Se realizaron dieciocho (18) observaciones directas no participantes las cuales eran (2) situaciones comunicativas por cada sujeto con sus respectivos interlocutores; dentro de estos nueve (9) cuidadores los cuales correspondían a uno por cada adulto, la primera situación se trataba de un momento de alimentación no específico ya que podía ser: desayuno, medias nueves, almuerzo, media tarde o cena; y el segundo momento era de ocio o social, que correspondía a un momento de interacción con el adulto o la realización de un hobby propio del sujeto. Se llevaron diarios de campo diligenciados por la investigadora, complementando la información mediante el uso de las muestras videograbadas realizadas también por la observadora utilizando una cámara de video (GoPro Hero 4 Session), se adaptó la cámara en un espacio donde no pudiera incomodar y fuera casi invisible para el adulto y el cuidador, al comienzo de la grabación se iniciaba y posteriormente la observadora se retiraba del lugar, la duración de cada video fue una hora.

Por lo anterior se lograron registrar y analizar dieciocho (18) situaciones cotidianas siendo estas nueve (9) de alimentación y nueve (9) de ocio o social

A partir de lo observado, la información fue complementada y se registró utilizando el instrumento ICINCOMAD. De esta manera los datos suministrados se objetivaron permitiendo cuantificar algunos comportamientos comunicativos. Posterior a ello se procedió a semaforizar las observaciones y a construir las unidades de análisis para lograr la formulación de categorías, con el fin de analizar e interpretar la información de manera cualitativa. Finalmente se realizó una codificación axial.

#### **4.1. Codificación axial**

A continuación, se presentan las categorías establecidas las cuales permitieron organizar la información recolectada, lo que facilitó la comprensión de las interacciones comunicativas de los adultos con sus interlocutores en dos contextos mediatos; para su mayor comprensión las categorías fueron codificadas de la siguiente manera:

1. ACA: Adulto con afasia
2. ACT: Adulto con trastorno cognitivo comunicativo.
3. ACP: Adulto con psicopatología del lenguaje.
4. IC: Interlocutor cuidador.
5. IF: Interlocutor familiar.
6. AC: Acción comunicativa.
7. FC: Flujo comunicativo.
8. MC: Metacomunicación.
9. CP: Cumplimiento de propósitos.

Los resultados que se presentarán a continuación contienen dos tipos de análisis, un análisis cualitativo representado por las categorías que se presentaran a continuación y un análisis cuantitativo representado por la información arrojada después de la aplicación del instrumento.

Las categorías bajo las cuales se realizó el análisis cualitativo fueron las siguientes:

ACCIÓN	CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	CONCEPTUALIZACIÓN
<b>COMUNICATIVA.</b>  <b>(AC)</b>	Flujo comunicacional  (F.C)	Puntuación  (P.C)	Ésta siempre quedará condicionada por la puntuación de las secuencias de comunicación entre los participantes; de esta forma, los participantes en este proceso siempre introducen lo que se denomina puntuación de secuencia de interacción.
		Rol Complementario o simétrico.  (R.C – R.S)	Simétrico (los sujetos muestran conductas iguales, recíprocas que pueden ser el resultado de factores internos) o complementario (los participantes muestran un máximo de diferencia, así, uno se halla en una posición primaria y el otro en una posición secundaria de tal forma que existe complementariedad de la conducta de uno en relación con la conducta del otro).
		Temas y tópicos conversacionales  (T.T.C)	Se refiere al contenido de la comunicación e interacción, mediada por la relación que establece un interlocutor con otro (roles, intereses, expectativas, entre otros) el propósito de la interacción en una situación determinada y el contexto.
	Metacomunicación  (M.C)	Uso de normas interpersonales y sociales.  (N.I.S)	Todo comunicador tiene un conocimiento que le permitirá el uso de las reglas o normas tanto interpersonales como sociales y que esto también determina en alguna forma su comportamiento verbal y no

			verbal individual. Por ejemplo, las reglas de interacción, las normas de cortesía.
		Uso de reglas macrocontextuales (R.M)	Estas reglas son principios y valores legados generacionalmente por el grupo social mayoritario, el grupo comunitario minoritario, la familia, las construcciones sociales e interactivas dadas en el devenir social; estas también se denominan reglas pragmáticas de la interacción social y la participación. Por ejemplo, las normas para la interacción con figuras de autoridad, de poder, según el género, la religión, el contexto sociocultural y sociolingüístico.
	Cumplimiento de propósitos comunicativos. (intencionales o no intencionales) C.P	Estrategias y recursos adulto (E.R.A)	Formas y comportamientos verbales y no verbales que utilizan las personas para cumplir sus propósitos comunicativos. Esto puede establecerse en cualquiera de los roles durante las interacciones con los interlocutores.
		Estrategias y recursos interlocutor (E.R.I)	Se refiere a las diferentes formas y a través del uso de diferentes herramientas comunicativas verbales, no verbales, contextuales que el interlocutor utiliza para cumplir con su propósito comunicativo o lograr que el adulto cumpla con su propósito comunicativo.

		<p>Modalidad comunicativa para el cumplimiento del propósito. (M.C)</p>	<p>Formas que utiliza la persona utiliza para comunicarse con otros. La modalidad comunicativa verbal oral es referente a lo que se dice, es decir, corresponde a los símbolos lingüísticos y es el que soporta el contenido de la comunicación. Y la modalidad no verbal es referente a cómo se dice, es decir, la conducta no verbal que incluye no solo movimientos corporales sino además la postura, las expresiones faciales, la prosodia, la secuencia ritmo y cadencia de las palabras, también dibujos, la escritura, los objetos referenciales y la mirada referencial.</p>
		<p>Capacidades y habilidades del interlocutor y adulto en la comunicación. (C.H. A- C.H.I)</p>	<p>Son los conocimientos y las destrezas Intrapersonales lingüísticas, psicológicas, actitudinales, psicolingüísticas e interpersonales que cada comunicador posee de acuerdo con sus características individuales. Lo que hace posible la comunicación interpersonal, cabe señalar algunos de todos conocidos: habilidades verbales, actitudes, conocimientos y sistemas socioculturales.</p>

Tabla 8, Categorización y conceptualización.

A continuación, se presentan las características de interacción comunicativa identificadas de este grupo de personas con desordenes en la comunicación (afasia, trastorno cognitivo comunicativo, psicopatología) con sus diferentes interlocutores:

a) En cuanto a la categoría FC en las situaciones comunicativas observadas (alimentación y ocio o social) se identificó que una parte de la población (10/19) tanto interlocutores como adultos establecen en la subcategoría de puntuación de secuencias en la interacción, tomando turnos y estableciendo negociaciones para lograr un flujo comunicacional donde por ejemplo se identificaba la siguiente situación en momentos de ocio: *-La I.C, le pregunta al adulto: ¿y que estaba leyendo, don señor?, a lo que V.F (ACA) responde: acá, que dice acá señalado el periódico, la F responde si, cuénteme la noticia, sí, sí. El adulto responde: una cosa de- de - de unos futbolistas que ganaron en- en- en por allá un país y acá.* Encontrando que en general en todas las situaciones el interlocutor realizaba más de 2 puntuaciones se encontraron, a continuación, encontramos los resultados: (A.C.P. (3), A.C. (2) e I.C (4) I.F (1)). En todas las situaciones la puntuación es iniciada por el I.C.

Sin embargo, otra parte de la población (9/19) (A.C.T (3) A.C.A (1) y IC (5)) evidencian escaso establecimiento de dichas puntuaciones, pues el IC inicia las interacciones, pero el ACA no la continua ni la mantiene, debido a que presenta una afasia global y en la mayoría de las ocasiones se comunica mediante la modalidad no verbal. Lo que acarrea una invisibilización durante la interacción, debido a que su interlocutor interpreta pocas expresiones no verbales y se enfoca

en la satisfacción de sus necesidades básicas. Lo anterior es correspondiente con lo obtenido en el registro instrumental (ICINCOMAD) puesto que el IC en un 33% casi siempre y 45% siempre hace la escisión conversacional.



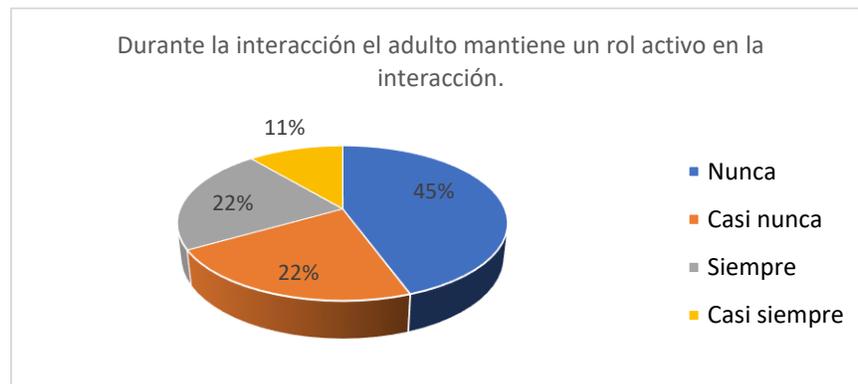
Grafica 1



Grafica 2

b) En cuanto a la subcategoría roles, se encontró que en las 18 situaciones la mayoría de los interlocutores (9/10) cumple un rol complementario (RC) teniendo en cuenta que el cuidador se halla en una posición primaria y el adulto en secundaria existiendo complementariedad de la conducta de uno en relación con la conducta del otro. - Como, por ejemplo: V.F le manifiesta a su IP: otro,

señalando el periódico y repite la palabra 3 veces. La cuidadora le pregunta: ¿otro qué? ¿Periódico? Claro que, si a usted le gusta el periódico, tome, pero no se demore, y la cuidadora le da el periódico. Y con respecto a los demás interlocutores (1/10) en general utiliza un rol simétrico mostrando conductas iguales, recíprocas teniendo una actitud más dialógica que pueden ser el resultado de factores internos como por ejemplo ser el hijo del adulto, ya que esta relación afectiva permite mayor sincronía comunicacional. Como, por ejemplo: F1 llega y saluda a su madre: -mamita linda ¿cómo está?, ¿cómo se siente hoy?, la ACT 2 responde: mijo lindo, bien mi amor, comiendo pollito. (mientras sonríe y abre los ojos), F1 dice: bueno mamita, ¿le gustó el pollito, rico, que bueno que es tu plato favorito; ACT 2 responde: si mijo, me gusta. Dato relacionado con la posibilidad que brinda el interlocutor de facilitar un rol activo tanto al adulto como al mismo.



Grafica 3

- c) En la subcategoría de temas y tópicos, en las 18 situaciones comunicativas de alimentación (9) y ocio/social (9) se logró identificar que 5 adultos y 5 interlocutores establecen temas y tópicos conversacionales sobre todo en

situaciones de ocio o social, ya que se permite ampliar los contenidos de una conversación. Por ejemplo: I.C2 le pregunta a A.C.A: ¿quiere la pelota roja o la verde?, a lo que V.F responde: esa (señalando la verde), la I.C2 responde si: pero recuerde el color, ¿Cómo se llama el color?, y le da la clave, ver....El adulto responde: si, si ese, verde.

- d) Por otro lado, tanto interlocutores (5) como adultos (4) establecen escasos temas conversacionales, ejemplo: I.C8 y A.C.P8 (A.B) el adulto se encuentra escuchando música con los auriculares, rápidamente se acerca I.C8 y le manifiesta con un volumen alto: bájele a eso, que hasta acá se escucha, a lo que A.C.P responde: si, disculpe, no me di cuenta, y una última respuesta: si bueno; la I.C8 se marcha.
- e) Teniendo en cuenta la categoría de metacomunicación, en las 18 situaciones comunicativas se identificó como factor común el uso de normas interpersonales y sociales por parte de los interlocutores y los adultos, especialmente más utilizadas en situaciones de ocio o social, encontrando que (9) interlocutores y (7) adultos: saludan, se despiden, agradecen, elogian, y felicitan, sin embargo adultos (2), (1) A.C.T y (1) A.C.A no los utilizan mediante la modalidad verbal oral, se identifica que en la modalidad no verbal cuando un interlocutor hace uso de normas interpersonales y sociales el adulto responde, por ejemplo: I.C llega con el plato del almuerzo para paladear a la ACT quien se comunica de manera no verbal, manifiesta: Hola, doña A.A vamos a comer hoy, todo el almuercito ¿vale?, me va hacer el favor?, bueno muchas gracias, mientras suceden estas preguntas la adulta realiza gestos de: movimiento de cabeza hacia atrás cuando le dice hola,

apertura de ojos y elevación de cejas cuando pregunta sobre el almuerzo, y sonrisa cuando el I.C agradece. Como aspecto importante se determina que a pesar de que muchos de los adultos presentan dificultades a nivel lingüístico con el discurso, mantienen conservadas las normas interpersonales lo cual es manifestado mediante la modalidad no verbal. En lo registrado se muestra que:



Grafica 4

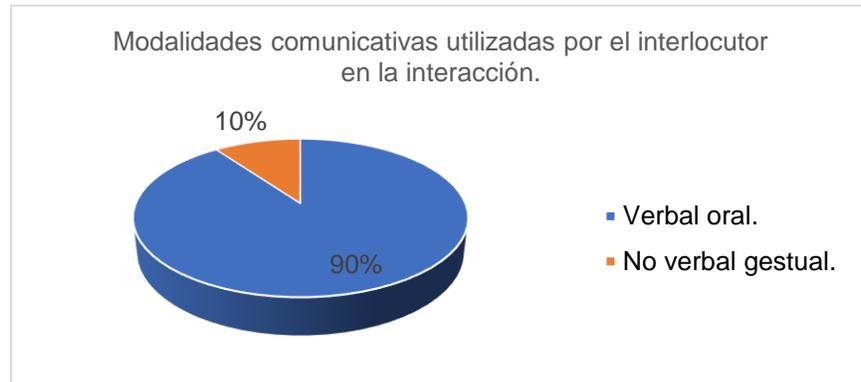
- f) Teniendo en cuenta la subcategoría de uso de reglas macrocontextuales, se identificó que en las 18 situaciones los 9 interlocutores utilizaban dichas reglas, enmarcado siempre en la figura de autoridad frente al adulto, como, por ejemplo: Al terminar todo su almuerzo, A.C.P le solicita a su IP: Señorita, más jugo, más mas de mora (elevando la intensidad de la voz). A lo que IP le responde: ush si, espérense, no grite y pida el favor, y se lo traigo. A lo que A.C.P le responde: si bueno, perdón y gracias, (bajando la intensidad de la voz). Mientras que el I.F se dirige a su madre estableciendo reglas macrocontextuales tratándola con respeto y afecto.

- g) En la misma categoría de reglas macrocontextuales encontramos la influencia del contexto en las relaciones interpersonales, es posible identificar que para los A.C.P su contexto permitía mayor participación y desarrollo de actividades de ocio o social puesto que la I.C motivaba a los adultos a colaborar en la casa ejemplo: antes del almuerzo I.C9 le manifiesta a A.C.P: ¿Quién me ayuda a desgranar la arveja?, los 3 adultos se acercan y manifiestan: si yo, y o también, yo igual. I.C9 les acerca los utensilios necesarios, todos conversan sobre las arvejas, finalmente al culminar I.C9 le dice: muy bien, todos lo hicieron muy bien, muchas gracias. En otra ocasión, por el contrario: A.C.A le manifiesta al cuidador: ¿coloco silla, acá, o acá, o aquí?, el I.C1 le dice: no, no de pronto se cae, quédese quieto.
- h) Teniendo en cuenta la categoría de propósitos comunicativos, se establecen como subcategoría las estrategias y recursos del adulto, teniendo en cuenta la interacción de los interlocutores con los adultos en las diferentes situaciones se identificó que (3/9) interlocutores hacen uso de estrategias y recursos , es claro que se requieren las dos como: para participar en un acto social, obtener y conservar el derecho a la palabra, ejercer influencia sobre cualquier interlocutor o grupo de personas, cumplir con los propósitos e intenciones comunicativas en el otro y ser retroalimentado, emitir información con claridad, pertinencia y veracidad como estrategias y recursos a nivel de objetos que tienen relación en la interacción por ejemplo: El I.P se encuentra lanzando un balón a un adulto que se encuentra al lado derecho de E.M, éste mira fijamente la pelota, agranda los ojos, eleva las cejas y suavemente estira los brazos abriendo las manos hacia adelante, mueve ocasionalmente el pie derecho hacia adelante y atrás. Por otro lado (6/9)

interlocutores no utilizan recursos y estrategias para facilitar la interacción; lo cual se puede relacionar al desconocimiento de las estrategias, las diferentes funciones laborales, entre otros.

- i) En cuanto a la subcategoría de estrategias y recursos del donde se identificó que general se utilizan más estrategias de tipo verbal que no verbal. 4 Adultos utilizan estrategias y recursos como: (estrategia) participar activamente en un acto social, ejercer influencia sobre cualquier interlocutor o grupo de personas, cumplir con los propósitos e intenciones comunicativas en el otro y ser retroalimentado y (recursos) como el uso de un objeto en la interacción, acompañar una el discurso del movimiento de brazos y manos entre otros. Los cuales pertenecen a A.C.P (3) A.C.A (1). De manera que 5 adultos A.C.T. (3) y 2 A.CA no utilizan dichas estrategias en conjunto con sus interlocutores para la interacción, debido a la dificultad que existe por parte del interlocutor en comprender las manifestaciones no verbales (que son utilizados con frecuencia) lo que dificulta el cumplimiento de propósitos comunicativos proporcionando un estado de pasividad en el adulto.
- j) Los adultos con desordenes de la comunicación se comunican de las siguientes maneras: A.C.P verbal oral (3) A.C.A (3) A.C.T (1) y mediante la modalidad no verbal A.C.T (2), en cuanto a los interlocutores (10) se comunican mediante la verbalidad. Sin embargo, es claro que en general toda la población de adultos hace uso de estrategias y recursos no verbales tales como: expresiones faciales, movimientos corporales y establecimiento de contacto visual para complementar su discurso mediante la modalidad verbal oral, por el contrario, los interlocutores

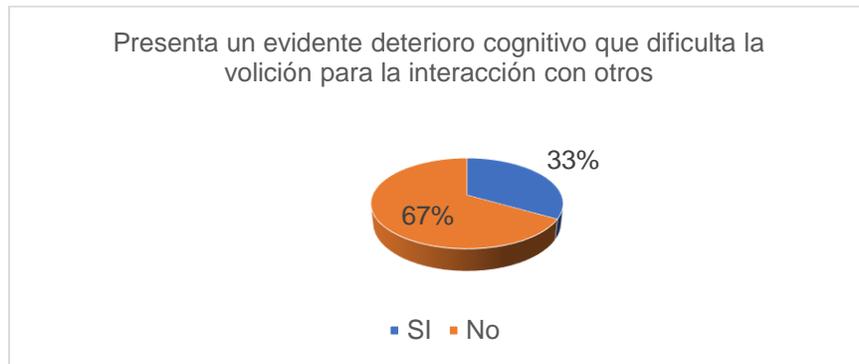
utilizan más la modalidad verbal oral en la mayoría de las situaciones, como se demuestra a continuación:



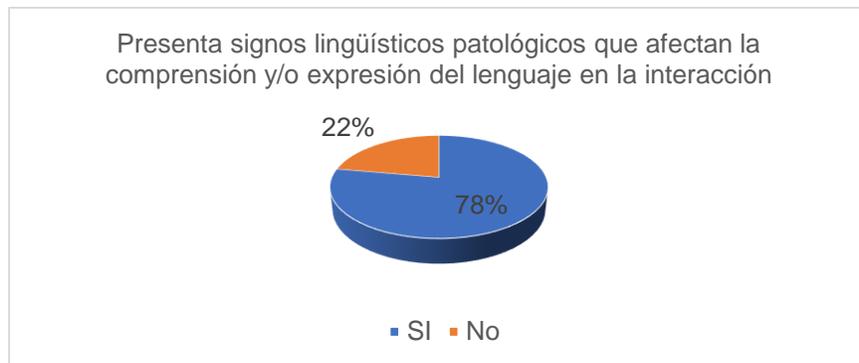
Grafica 5

- k) Durante las interacciones se identificó que efectivamente las capacidades y habilidades tanto de los adultos como de los interlocutores fueron fundamentales para lograr un propósito comunicativo, teniendo en cuenta que dependiendo de las lesiones y deficiencias del adulto estará condicionadas sus habilidades; se encontró que A.C.P presentan habilidades y capacidades que son funcionales en la dimensión interpersonal en sus diferentes contextos presentando empatía, manejo de volición, y actitudes comunicativas positivas para la interacción con sus interlocutores; por el contrario A.C.T quienes se encontraban en estadios avanzados de su enfermedad neurodegenerativa limita las habilidades y capacidades del adulto para poder establecer propósitos comunicativos, complementándolo con la invisibilización del mismo por parte de su interlocutor, al igual que a los A.C.A, quienes por sus dificultades comunicativas y lingüísticas dificultaban el cumplimiento de una intención. Sin embargo, estos poseían

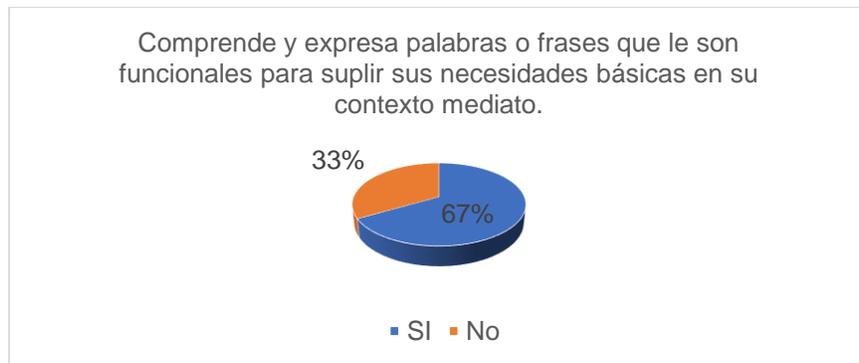
habilidades y capacidades de tipo actitudinal que favorecían el establecimiento de relaciones interpersonales con sus interlocutores.



Grafica 6



Grafica 7



Grafica 8

- l) Por otro lado, es fundamental reconocer que los únicos interlocutores quien interactuaron en las 18 situaciones fueron únicamente cuidadores y un familiar, cabe resaltar que no se establecieron relaciones de interacción con otros adultos, puesto que los adultos más funcionales se encontraban algunos desempeñando actividades individuales relacionadas con su ocio (leer o pintar), y otros adultos menos funcionales se encontraban ubicados en un rango lejano al adulto en cuanto a proximidad.

## 5. Discusión

La realización de una investigación dedicada al estudio de las interacciones comunicativas entre adultos y cuidadores en sus contextos mediatos permitió generar un nuevo aporte a la fonoaudiología en el sentido de describir la comunicación y establecer criterios que posiblemente nos ayuden a comprender mejor los desórdenes de la comunicación incluyendo los contextos de los sujetos; de esta manera llegar a obtener procesos de abordaje ya sea a un individuo o una comunidad de manera asertiva.

En los procesos de identificación de las características comunicativas de aquellos adultos con desordenes se pudo comprender que si bien algunas características se mostraban similares en los adultos con desordenes, no por ello el profesional debe generalizar, ya que cada ser humano es diferente y si bien a nivel teórico y experimental podemos tomar como guía algunos signos comunicativos, en la mayoría de casos estos tienden a ser cambiantes; puesto que dependen de aspectos como: la edad, el estadio de la deficiencia, pero además el reconocimiento de sus habilidades, sus microcontextos en los cuales surge la interacción y además aquellos macrocontextos que permiten la participación del adultos en sus situaciones de la vida cotidiana.

Frente a la categorización de las interacciones comunicativas se descubrió un aspecto relevante sobre la visión que presentan algunos cuidadores frente al adulto mayor, entendiéndolo como un sujeto con patologías que deterioran sus capacidades y la posibilidad de participar, esta visión en ocasiones dificultaba los procesos de observación debido a que existía un desinterés por interactuar con el adulto.

Las funciones principales del profesional en fonoaudiología no deben limitarse únicamente a los signos lingüísticos patológicos que pueda presentar a raíz de un trastorno neurológico, es decir enfocarse únicamente en la dimensión intrapersonal del modelo, adicionalmente la tendencia a utilizar instrumentos estandarizados y no estandarizados, que en cierta medida proporcionan información objetiva sobre el adulto, en general es fundamental realizar un proceso de observación riguroso entendiendo no solamente la dimensión interpersonal sino también lo sociocultural del usuario.

A raíz de esta situación, surgió la necesidad de describir, interpretar y finalmente comprender las interacciones entre adultos con desórdenes (afasia, trastorno cognitivo-comunicativo y psicopatologías del lenguaje) y sus compañeros comunicativos, junto con las características personales (emocionales) y contextuales(ambientales) que propician o deterioran el bienestar comunicativo, en las situaciones donde se utilizaron dichas estrategias y apoyos (9/18) se identificó que tanto el adulto como los interlocutores lograban establecer propósitos comunicativos con mayor facilidad, mientras que en los ambientes donde no se implementaban se presentaban barreras en la comunicación.

Respecto a los 10 interlocutores se encontró que 4 de estos reconoce y hace uso de palabras conocidas y cotidianas para el adulto, repetición de lo dicho por el interlocutor y utilización de oraciones con poco detalle son facilitadores verbales. Mantener el contacto ocular, hablar con una persona a la vez y usar gestos y pausas son facilitadores no verbales. Establecer un diálogo en persona en un lugar tranquilo, cerrado y con poco ruido son facilitadores ambientales. Y por otro lado los 6 interlocutores, se enfocan más en la satisfacción de necesidades básicas, también en razón a su ideología referente al adulto con la deficiencia. En relación aspectos emocionales, los 7 adultos sintieron que

lograron comunicarse sin dificultades con los profesionales de la salud, disfrutaron conversar a pesar de su dificultad, se sienten apoyados, sienten comodidad al preguntarles si comprenden el mensaje entregado y tranquilidad al expresarse con otras personas.

En la investigación fue posible analizar que las situaciones estuvieron condicionadas por los diferentes comportamientos de los interlocutores cuidadores, debido a la presencia de la cámara; por el contrario, para los adultos con desordenes no hubo mayor efecto.

De acuerdo con los hallazgos de Triana, A y Gomez L en 2016, y lo encontrado en la presente investigación, se identificó que en las 18 situaciones (alimentación, ocio-social) que los contextos, las situaciones y los interlocutores, según se disponga se pueden convertir en barreras o facilitadores de la interacción comunicativa de los adultos con desordenes en la comunicación. Es importante para el cuidador de la fundación gerontológica las canitas retomar y comprender las formas comunicativas adultas y de participación social la cual depende de las oportunidades que ellos mismos le brinden a las personas para ejercer tanto la ciudadanía como los roles propios de su edad y condición ocupacional y sociocultural; sin embargo cabe aclarar que estas características aplican también para todos los adultos con trastorno cognitivo comunicativo y psicopatologías del lenguaje ya que las situaciones y los contextos de institucionalización son similares, lo que ocasiona que dichas necesidades se requieran para todos los adultos en general.

Teniendo en cuenta también Arias, L y Gutiérrez, Y (2017) y en el presente estudio se corrobora que el cuidador generalmente presenta barreras ideológicas, debido a que

estos se limitan a satisfacer las necesidades básicas del adulto excluyendo la importancia de interactuar con el adulto, como se identificó en la mayoría de las situaciones de interacción.

En general las 18 situaciones comunicativas analizadas en el grupo poblacional de 19 personas, permitió describir las interacciones comunicativas de los adultos con desordenes en sus contextos mediatos, y que el apoyo de las muestras videograbadas permitió recopilar y analizar la información con mayor detalle. Adicionalmente la aplicación del instrumento no estandarizado facilitó una visualización de los datos arrojados en interacción de manera objetiva.

## 6. Conclusiones

Las personas con desordenes en la comunicación, quienes se encuentran en la mayoría de las ocasiones en situación de dependencia, como es el caso de los adultos institucionalizados, se concluye que las situaciones comunicativas y sociales que se evidenciaron en las personas adultas, lo que constituye un grupo de población heterogéneo, que comprende distintas problemáticas. Bajo esta denominación genérica se engloba a colectivos como la población estudiada entendiendo sus etiologías, deficiencias y necesidades de atención. Dicha atención debe brindarse por parte de un equipo de salud interdisciplinar, así como por familiares, quienes se convierten en los interlocutores cotidianos de estas personas.

En las situaciones comunicativas y de acuerdo con las formas de interacción demostradas durante las interacciones entre adultos y cuidadores, es posible concluir que es necesario utilizar estrategias comunicativas y otros apoyos, dentro de los cuales encontramos a los cuidadores, otros adultos sin desordenes y los familiares del adulto para poder cumplir con sus propósitos de comunicación.

El presente proyecto permitió comprender en un alto impacto la importancia de analizar la comunicación mediante el uso del MSCHI, gracias éste se pudo entender la interacción de la comunicación de los 9 adultos con sus interlocutores desde sus tres dimensiones. De manera que se confirma la validez del Modelo Sistémico de la Comunicación Humana interpersonal MSCHI, “se nutre su concepción de Comunicación Interpersonal de los cuatro marcos de referencia abordados, ya que trascienden el concepto simplista de la comunicación vista como la estricta transmisión lineal de

información, proponiéndola como un proceso complejo, se logró identificar en las situaciones de interacción con los adultos aspectos multifuncionales, bidireccionales, de mutua influencia, de construcción, de intercambio de significaciones, de simbolizaciones, de mundos; un proceso de orden social que permite no sólo el desarrollo personal, construirse con otros y que además posibilita la construcción de sociedad a través de un proceso interactivo.

La aplicabilidad del MSCHI permitió comprobar, identificar e integrar los aspectos personales, los contextos interactivos y sociales de los adultos, el papel de los interlocutores, al igual que la influencia del contexto y la cultura en toda la acción comunicativa.

Es por ello por lo que el fonoaudiólogo debe generar acciones sociales de reeducación para fomentar estrategias de comunicación, entender la visión del adulto como un sujeto lleno de oportunidades y habilidades que le permiten participar, y reconocer que el sujeto tiene el derecho a comunicarse con otros por lo que este no puede ser vulnerado ni reemplazado.

En razón a ello, el fonoaudiólogo tiene la responsabilidad de generar nuevas investigaciones, en primera estancia una propuesta de investigación sería la posibilidad de estudiar al grupo de adultos con desordenes en la comunicación en contextos y con interlocutores poco convencionales, por ejemplo: niños o adolescentes. Y otra investigación podría estar dirigida a estudiar las diferentes problemáticas a nivel macro que puede presentar un cuidador auxiliar de enfermería, estableciendo variables como: carga laboral, vocación profesional, conocimientos previos, propósitos y fines profesionales entre otros; y como estos factores influyen en la calidad y el interés por

interactuar y utilizar estrategias asertivas de comunicación en los hogares gerontológicos.

Las instituciones gerontológicas y en general el ministerio de salud y protección social, requiere el reconocer la presencia de un fonoaudiólogo en dichos espacios, debido a que son los profesionales idóneos para comprender y brindar alternativas en aquellas situaciones, donde el adulto mayor presenta dificultades para interactuar en sus contextos mediatos.

## Referencias

- Barahona, F. Bravo, F. Gálvez, N. y Valdebenito, J. (2015). *Determinación de las habilidades necesarias en un compañero de comunicación y las características ambientales que propician una comunicación efectiva en usuarios con afasia*. Universidad de Chile.
- Barrera, C. (2010). *Cuidando a los cuidadores. Familiares de personas con enfermedad crónica*. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá
- Basto, M. (2012) *Diseño e implementación de un proyecto de estimulación cognoscitivo - comunicativo para adultos mayores con deterioro cognitivo de la clínica atardecer de los años*. Corporación Universitaria Iberoamericana. Facultad ciencias de la salud. Programa de fonoaudiología. Bogotá.
- Becerra, L. Calleja, O. Lozano, D. (2010). *Alteraciones de la memoria en la persona adulta mayor*. Programa Nacional de atención al envejecimiento. México.
- Bernal, R. y Solano, F. (1990). *Habilidades comunicativas y del lenguaje. Guía para su estimulación*. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá.
- Bernal, S. (1998). *Estado del arte de investigación sobre lenguaje y comunicación en adultos y sus desordenes*. Santafé de Bogotá.
- Bernal, S. Rodríguez, B. Pereira, A. (2018). *Comunicación humana interpersonal una mirada sistémica*, recuperado de: <http://repositorio.iberoamericana.edu.co/bitstream/001/596/1/Comunicaci>

[%C3%B3n%20humana%20interpersonal%20una%20mirada%20sist%C3%A9mica.pdf](#)

Cifuentes, P. (2005). *Adulto mayor institucionalizado*. México. 30 de enero de 2014. Recuperado de:

<http://bibliotecadigital.academia.cl/bitstream/123456789/176/1/tesis.pdf>

Congreso de la República de Colombia. (27 noviembre de 2008). *Ley No. 1251 de 2008*. Diario Oficial República de Colombia. No. 47.186. Disponible en <http://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/0/44840/Colombia.html>

Constitución Política de Colombia. (1991). Artículo 46.

Cuervo, C. (1999). *La profesión de fonoaudiología: Colombia en perspectiva internacional*. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá

Delgado, M. (2012). *Competencia comunicativa*. Corporación Universitaria Iberoamericana. Bogotá Colombia.

Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Censo general (2005). República de Colombia. *Población Adulta Mayor*. Disponible en: [https://www.dane.gov.co/files/censos/presentaciones/poblacion\\_adulto\\_mayor.pdf](https://www.dane.gov.co/files/censos/presentaciones/poblacion_adulto_mayor.pdf)

Escalona, Y. Roca, A. y Blanco, K. (2012). *Deterioro cognitivo, demencia y estado funcional de residentes en un hogar de ancianos: estudio descriptivo de corte transversal con abordaje cuantitativo*. Medwave, 12(11).

Estrada, A., Cardona, D., Segura, A. Ordóñez, J. Osorio, J. y Chavarriaga, L. (2013). *Síntomas depresivos en adultos mayores institucionalizados y factores asociados*. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá

- Flórez, R. y Dávila, L. (2014). *Estrategias comunicativas que promuevan la comunicación interpersonal del adulto mayor en la Fundación Hogar el Moral*. Bogotá: Informe Énfasis Profesional. Corporación Universitaria Iberoamericana.
- Gallardo, S. y Draghi, C. (2007). *La comunicación pública de la ciencia y su rol en el estímulo de la vocación científica*. *Redes*, 12(25).
- García Ramos, P. Moreno Pérez, A. Freund, N. y Forteza, G. (2012). *Factores asociados a la Emoción Expresada familiar en la Esquizofrenia: implicaciones terapéuticas*. *Revista de la asociación española de neuropsiquiatría*, 32(116), 739-756.
- Gómez, L y Triana, A. (2016). *Comunicación interpersonal de adultos con afasia en contextos mediados* (Tesis de grado). Corporación universitaria iberoamericana, Bogotá, Colombia.
- González, M. Rivas, R. y López, S. (2015). *Caracterización y delimitación del trastorno de la comunicación social (pragmático)*. *Revista de estudios e investigación en psicología y educación*.
- González, S. Pabón, M. Suarez, Y. y Gómez, O. (1992). *Estrategias Comunicativas Verbales y/o no Verbales Utilizadas por Sujetos Afásicos para la Nominación en tres situaciones Cotidianas*. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá.
- Gutiérrez, J. Caqueo, A. Ferrer, M. y Fernández, P. (2012). *Influencia de la percepción de apoyo y del funcionamiento social en la calidad de vida de pacientes con esquizofrenia y sus cuidadores*. *Psicothema*, 24(2).

- Herrera, V. Rivera, K. y Velásquez J. (2017). *Importancia de las Estrategias Comunicativas en la Comunicación Interpersonal y la Participación de las Personas Mayores Institucionalizadas*. (Énfasis profesional). Corporación Universitaria Iberoamericana. Bogotá, Colombia.
- Hymes, D. (1974). *“Hacia etnografías de la comunicación”*. En: Antología de estudios de etnolingüística y sociolingüística. México: UNAM.
- Jackson, J. (1990). *Apoyo social, eficacia interpersonal y salud: una perspectiva del transcurso de la vida*. Revista gerontología clínica. Intervención psicológica y social. Barcelona: Martínez Roca.
- Leal, F. Espinosa, C. Vega Terrazas, J. y Vega, S. (2012). *Sobrecargas objetivas y nivel de apoyo familiar a pacientes adultos con esquizofrenia: Objective overcharges and familiar support level to adult patients with schizophrenian*. Revista Salud Uninorte, 28(2), 218-226.
- López, M. (2014). *El proceso de comunicación entre las personas afectadas por enfermedad de Alzheimer/demencias y sus cuidadores: Una revisión bibliográfica*.
- Mardones, C. Miranda, E. Solis, C. Zelada, P. Alonso, M. y Salazar, R. (2015). *Caracterización de la intervención fonoaudiológica en la demencia tipo Alzheimer en Chile*. Revista Chilena de fonoaudiología, 14, 15-26.
- Méndez A. (2015). *Mantenimiento de la comunicación en las personas mayores*. Bogotá: Informe Énfasis Profesional. Corporación Universitaria Iberoamericana.

- Molins, F. y López, J. (2015). *La simplificación neopositivista del lenguaje de la psicopatología desde una perspectiva post-wittgensteiniana*. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 35(125), 135-145
- Ochoa, S. Martínez, F. Ribas, M. García, M. López, E. Villellas, R. y Autonell, J. (2012). *Estudio cualitativo sobre la autopercepción del estigma social en personas con esquizofrenia*. Revista de la asociación española de neuropsiquiatría, 31(3), 477-489.
- Peñaranda, A. Restrepo, C., Lugo, G. Díaz, S. Valencia, J. Ávila, M. (2014). *Modalidades de atención para el paciente adulto con diagnóstico de esquizofrenia en fase aguda y de mantenimiento*. Revista colombiana de psiquiatría, 44, 101-109.
- Poletti, M. Enrici, I. y Adenzato, M. (2012). *Cognitive and affective Theory of Mind in neurodegenerative diseases: neuropsychological, neuroanatomical and neurochemical levels*. Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 36(9), 2147-2164.
- Riaño, J. (2012). *Instrumento de evaluación del lenguaje en adultos con afasia o trastorno cognitivo comunicativo (IELAT)*. Revista Areté, 12(1), 153-163.
- Rodríguez, V. (2014). *Fonoaudiología e Saúde mental: reorientando o trabalhona perspectiva da atenção psicossocial*. Revista CEFAC, 16(3).
- Roldán, R., Castillo, S, y Castillo, S. (2015). *La comunicación en las instituciones sanitarias como herramienta para mejorar la calidad de vida en la vejez*. Salud y cuidados en el envejecimiento Volumen III, 191.

- Ruiz, M. Montes, J. Lauffer, J. Álvarez, C. Maurino, J. y Perrino, C. (2012). *Opiniones y creencias sobre las enfermedades mentales graves (esquizofrenia y trastorno bipolar) en la sociedad española*. Revista de psiquiatría y salud mental, 5(2), 98-106.
- Sacristán, C. H. (2012). Capítulo 3: *Sobre la dimensión simbólica del déficit verbal. Racionalidad, emoción y experiencia en Pragmática Clínica*. Foro Hispanico: revista hispanica de Flandes y Holanda, (44), 47-65.
- Salazar, M. y Aníbarro, P. (2017). *La percepción del paciente con diagnóstico de esquizofrenia paranoide sobre el nivel de comunicación dentro de su sistema familiar*. Fides et Ratio-Revista de Difusión cultural y científica de la Universidad La Salle en Bolivia, 13(13), 75-94.
- Secretaría De Integración Social. (20 de noviembre de 2013). *Proyecto 742 Atención integral para personas mayores: disminuyendo la discriminación y la segregación socioeconómica*. Universitas Psychologica, 12(1), 81-94.  
Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/647/64728729009.pdf>
- Vallejos, A. (2017). *Trastornos del Estado de Ánimo en Adultos mayores del Asilo León Ruales*, Ibarra, 2016 (Bachelor's thesis). Watzlawick, Beavin y Jackson (1991). Teoría De La Comunicación Humana. Barcelona, España. Editorial Herder. World Health Organization. (2001). Clasificación internacional del funcionamiento de la discapacidad y de la salud: CIF: versión abreviada.
- Valles, B. y Rosell, V. (2014). *Programa de Estimulación Metalingüística en Teoría de la Mente para personas con demencia*. Calidad de vida, cuidadores e

intervención para la mejora de la salud en el envejecimiento. Almería:  
Universidad de Almería, 2.

## Anexos

1. Consentimientos informados firmados por la Fundación Gerontológica las Canitas para: acceso a la población, observación y toma de videograbaciones de los adultos en sus diferentes contextos mediatos con sus interlocutores.



**BEROAMERICANA**  
CORPORACIÓN UNIVERSITARIA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Bogotá, 23 de octubre del 2018

Directora  
Hogar Gerontológico las canitas

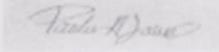
Cordial saludo

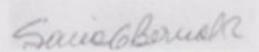
Como fue conversado con usted anteriormente, me encuentro cursando la fase II del proyecto de grado denominado "Estudio descriptivo de la interacción comunicativa de un grupo de personas adultas institucionalizadas con desórdenes de la comunicación a través del modelo sistémico de comunicación interpersonal (MSCHI)", cuyo objetivo es: describir la interacción comunicativa de personas adultas con desórdenes adquiridos del lenguaje y la comunicación (afasia, trastorno cognitivo comunicativo y psicopatología del lenguaje) MSCHI.

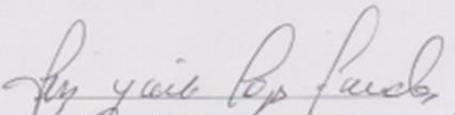
Para el cumplimiento de la fase se deben implementar procesos de observación para la recolección de información a saber: observación de las interacciones comunicativas de personas mayores en sus contextos naturales como: desayuno, intercambios con cuidadores, diversos profesionales y también actividades sociales. Para el registro de dichas observaciones se utilizarán dos tipos de instrumentos: un registro anecdótico para los datos cualitativos y el *Instrumento para la caracterización de la interacción comunicativa de adultos con desórdenes adquiridos en la comunicación (afasia, trastorno cognitivo comunicativo y psicopatología del lenguaje) ICINCOMAD*.

Por lo anterior estaría solicitándole muy respetuosamente los permisos y los consentimientos informados pertinentes para el acceso a la población, las historias clínicas, y acceso a la información requerida para el cumplimiento de los objetivos del estudio. El tiempo estimado para esta recolección será de 3 semanas los días martes, miércoles y jueves en las horas de la tarde y un viernes en la mañana; la población aproximada son nueve (9) adultos mayores, quienes como únicos criterios de inclusión tendrán que tener los diagnósticos de afasia, trastorno cognitivo comunicativo (demencia) o psicopatología del lenguaje (trastorno mental ej. esquizofrenia). En contraprestación al apoyo brindado se dejarán unas estrategias y recomendaciones escritas para mejorar la comunicación con este tipo de población y una socialización de los resultados obtenidos. Anexo síntesis del proyecto

Agradezco su gentil colaboración para la finalización de la investigación.

  
Firma fonoaudióloga en formación

  
Firma docente Asesor conceptual del proyecto

  
Firma directora de la fundación Gerontológica las canitas.



  
IBEROAMERICANA  
CORPORACIÓN UNIVERSITARIA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD



Bogotá, 07 de noviembre del 2018

Señora

Paula Alejandra Jaime Londoño

Fonoaudióloga en formación

Corp. Universitaria Iberoamericana

Cordial saludo

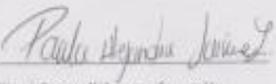
La presente es con el fin de comunicarle que después de evaluar la solicitud realizada en una carta el pasado 23 de octubre del presente año, tenemos el gusto de informarle que La **fundación Gerontológica las Canitas** ubicada en la localidad de Engativá barrio Normandía aprueba su solicitud; entendiendo la información socializada en cuanto a los objetivos y la síntesis del proyecto. Por lo anterior autorizamos que la fonoaudióloga en formación Paula Alejandra Jaime Londoño identificada con C.C 1019130164 y código estudiantil 900004586 podrá:

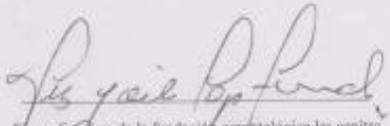
- Acceder a las historias clínicas de los usuarios que requiera para su estudio.
- Realizar las muestras videograbadas de los usuarios que requiera.
- Realizar las transcripciones de los videos correspondientes al estudio y su diario de campo.
- Aplicar a los usuarios correspondientes del estudio el instrumento ICINCOMAD.
- Realizar las indagaciones y consultas con los auxiliares de enfermería y administrativos pertenientes al estudio.
- Realizar su estudio en el tiempo que se considere pertinente para poder finalizarlo con satisfacción.

Por otro lado, la Fundación Gerontológica las canitas reconoce la importancia y las ganancias que puede adquirir la institución a raíz de la aplicación del estudio, sin embargo es fundamental aclarar:

- El proyecto de grado no guarda ningún tipo de relación con el proyecto de Énfasis que se está aplicando por parte de las fonoaudiólogas de formación denominado COMUNICARTE.
- La fonoaudióloga en formación desempeñará su práctica de énfasis en los horarios de la mañana de 08:00 am a 12:00 y realizará su proyecto de grado en las horas de la tarde 12:30 pm a 03:30 pm.
- Tanto la fundación como la Corp. Universitaria Iberoamericana no se harán cargo de eventos adversos que le sucedan a la estudiante.

La presente es expedida el 07 de noviembre del 2018.

  
Firma fonoaudióloga en formación

  
Firma directora de la fundación gerontológica las canitas

  
FUNDACION GERONTOLÓGICA  
REFUGIO DE LAS CANTITAS

2. Formato de diarios de campo, para el diligenciamiento de las situaciones observadas por el investigador.

 <p><b>IBEROAMERICANA</b> CORPORACIÓN UNIVERSITARIA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD</p>	<p>CORPORACIÓN UNIVERSITARIA IBEROAMERICANA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD FONOAUDIOLÓGIA PROYECTO DE GRADO: ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA INTERACCION COMUNICATIVA DE UN GRUPO DE PERSONAS ADULTAS INSTITUCIONALIZADAS CON DESORDENES DE LA COMUNICACIÓN A TRAVÉS DEL MODELO SISTÉMICO DE COMUNICACIÓN INTERPERSONAL. DIARIO DE CAMPO</p>
<b>INFORMACION BASICA</b>	
FECHA:	
INSTITUCION:	
SEDE:	
OBSERVADOR:	
SITUACION COMUNICATIVA:	
OBJETIVO DE LA SITUACION:	
<b>DATOS DE HISTORIA CLINICA DEL ADULTO</b>	
NOMBRE- SIGLAS:	EDAD:
TIEMPO:	ESPACIO:
FECHA DE INGRESO A LA INSTITUCION:	SITUACION:
DIAGNOSTICOS:	ACTORES:
<b>DESCRIPCION DE LA SITUACION</b>	
<b>DESARROLLO</b>	<b>ANALISIS</b>

3. Matriz de interacciones comunicativas

SUB-CATEGORÍAS	NUMEROS	A1	A2	A3	A4	A5	A6
G1	IV. no verbal-analógico	Gestos faciales tales como: fijar contacto visual con IP, elevar las dos cejas, y elevar alas de la nariz. También realiza movimientos corporales como: levantar una pierna y luego la otra, y mover las manos acercando sus rodillas suavemente.	AL realiza gestos, parpadeo constante, y sonrisa ocasional, estableciendo contacto visual con su cuidadora.	La cuidadora, le da una indicación a lo que el adulto responde: apretando las cejas, movimiento de labios hacia arriba en conjunto con sus mejillas. Mueve su cuerpo hacia adelante y coloca sus manos con la palma hacia arriba.	La cuidadora se acerca a VF y le dice: Don V tome superperiódico. VF establece contacto visual rápidamente se levanta de la silla con los brazos extendidos y una sonrisa recibe el periódico.	El IP se encuentra lanzando un balón a un adulto que se encuentra al lado derecho de EM, éste mira fijamente la pelota, agranda los ojos, eleva las cejas y suavemente estira los brazos abriendo las manos hacia adelante, mueve ocasionalmente el pie derecho hacia adelante y atrás.	IP se encuentra diligenciendo documentos arriba en una mesa, mientras EM se encuentra ubicado al lado derecho mirando la ventana, parpadeando lentamente, mientras camina un señor en la calle el adulto lo identifica y le dice: venga dame la mano, moviendo su brazo hacia adelante, extendiendo su mano derecha, empujando su cuerpo hacia adelante logrando que la silla se mueva.
G2	IV. verbal-Digital	Cuidador le manifiesta: ¿- estaba rico el almuerzo? a lo que AL responde: asintiendo con la cabeza y apretando sus ojos posteriormente frunce el ceño.	IP le manifiesta a AL: Don AL ¿quiere que lo corra un poquito para que pueda ver TV?	IP se acerca al adulto y le dice: Don V, pase al comedor a horzar. VF responde: ¿comedor qué?	VF le manifiesta a su IP: otro, señalando el periódico y repite la palabra 3 veces. La cuidadora le pregunta: ¿otro qué? ¿Periódico? a lo que el adulto responde: sí.	IP llega y se encuentra facilitando el almuerzo a todos los adultos. Al finalizar trae el almuerzo de EM y le dice: Don E, va a almorzar hoy juicioso, a lo que el adulto responde mirando fijamente, y comienza a mover su lengua.	Camina un señor en la calle el adulto lo identifica y le dice: venga dame la mano, moviendo su brazo hacia adelante, nuevamente repite: dame la mano, dame la mano. Y posteriormente la IP contesta: Ya don E, no grite, no lo escuché.
G3	Fluj. comunicacional/sincronía	AL sube la ceja derecha y alza la mano derecha con puño cerrado, arrugando las cejas ya apretando los labios, inmediatamente la cuidadora se dispone a hacer una parada para limpiarle la boca, sonriendo le limpia suavemente y en seguida continúa con el acto de alimentación.	Llega IP y dice: Hola con A ¿Cómo se encuentra el día de hoy? ¿bien?, está lindo el día. AL responde asintiendo con la cabeza, suprime las comisuras labiales hacia abajo.	Al terminar todo su almuerzo VF le solicita a su IP: Señorita, más jugo. A lo que IP le responde: sí don V, pero pida el favor, bueno ya se lo traigo.	IS quien es un familiar de otro adulto se acerca a VF y le dice: Hola, con esta señora con una sonrisa le extiende la mano, a lo que el adulto responde apretando y luego dice: Bien, gracias y suelta una carcajada.	IP se encuentra cuando la sopa a EM, mientras esta acción le pregunta: ¿le gustó la sopa con E, hoy si está comiendo bien?, porque ayer no comió casi nada. A lo que el adulto responde: Ay Hija ***** frunciendo el señor y rasgando los ojos.	IP detiene la actividad de escritura que realiza, y pregunta a EM: ¿Don E contesta tiene frío? ¿quiere la ruana?, el adulto mueve los ojos ubicando a la cuidadora, y arruga las cejas y los labios, la cuidadora responde, bueno.

U4	Ivea comunicador y Intención	AL recibe 6 bocaditos cuando se encuentra con la boca sucia, alza la ceja derecha y levanta el brazo derecho; es la señal para que la auxiliar lo limpie, cuidador le sigue, pasando el alimento y a un AL continúa con su brazo arriba.	IP le manifiesta a AL: Don AL ¿quiere que lo corra un poquito para que pueda ver TV? A lo que el adulto responde: moviendo la cabeza de derecha a izquierda le da a ledo arrugando las cejas, posteriormente mira hacia afuera de la ventana.	IP se acerca al adulto y le dice: Don V, pase a comer almorzar. VF responde: ¿comer qué? La cuidadora le manifiesta nuevamente: que, al comer, pase a comer, señalando el lugar donde se encuentra la mesa y con la mano señala la comida hacia su boca.	VF le manifiesta a su IP: otro, señalando el periódico y repite la palabra 3 veces. La cuidadora le pregunta: ¿otro qué? ¿Periódico? a lo que el adulto responde: sí.	El IP se encuentra lanzando un balón a un adulto que se encuentra al lado derecho de EM, este mira fijamente la pelota, agranda los ojos, eleva las cejas y suavemente estira los brazos abriendo las manos hacia adelante, mueve ocasionalmente el pie derecho hacia adelante y atrás. La IP le pregunta ¿quiere el balón? y nuevamente el adulto encoje los brazos y los estira abriendo las manos.	Cama un señor en la calle el adulto lo identifica y le dice: venga dame la mano, moviendo su brazo hacia adelante, nuevamente repite: dame la mano, dame la mano.
U5	Intercambio comunicacional/ intersubjetividad	AL termina de comer y también intenta limpiar la boca, pero no inmediatamente IP le retira la toalla del pecho, el adulto frunce el ceño y también la boca y la nariz, luego de eso IP lo limpia y lo acomoda en su silla, mientras el adulto acomoda sus manos en forma de puño.	AL mira de encamamiento a su cuidadora, mientras cobca su mano derecha sobre su entrepierna, realizando movimientos circulares suaves. La IP lo mira y suelta dos carcajadas de risa.	VF termina de almorzar y llama a la cuidadora, quien se encuentra cerca, en la toma por el brazo y lo aprieta un poco, posteriormente ella se da la vuelta y lo mira, VF le dice: gracias y le entrega el plato de la comida, la IP lo recibe y le contesta: bueno.	La F, le pregunta al adulto: ¿y que estaba leyendo, don señor?, a lo que VF responde: acá, que dice acá, señalando el periódico, la F responde sí, que me la noticia, sí, sí. El adulto responde: una cosa de de de unos futbolistas que ganaron en en, en por allá un país y acá.	A lo que el adulto responde: Ay hije ***** frunciendo el ceño y rasgando los ojos. Rápidamente la IP pregunta: ¿y don E, está bravo hoy? El adulto realiza gestos arrugando las cejas, mirando hacia la ventana y mueve su cuerpo ocasionando que la silla de ruedas se movilizara hacia adelante.	IP detiene la actividad de escritura que realiza, y pregunta a EM: ¿Don E, cómo está, tiene frío? ¿quiere la ruana?, el adulto mueve los ojos ubicando a la cuidadora, y arruga las cejas y los labios, la cuidadora responde, bueno. Se levanta y le toca la mano le dice: este frío, y le cobca la ruana, el adulto mantiene cerrados los ojos y luego toca la ruana con acariandaba.
U6	SELF/ actuar reflexivamente	¿- estaba no el almuerzo? a lo que AL responde: asintiendo con la cabeza arriba abajo continuamente.	Llega y dice: Hola con A ¿Cómo se encuentra el día de hoy? ¿bien?, está lindo el día. AL responde asintiendo con la cabeza, suprime las comisuras labiales hacia abajo. Posteriormente el adulto extiende su brazo derecho y abre su palma de redha en direccional. Se le rápidamente le toma de la mano.	Al terminar todo su almuerzo, VF le solicita a su IP: Señorita, más jugo. A lo que IP le responde: sí don V, pero pida el favor, bueno ya se lo traigo. VF responde sí, por favor.	La F, le pregunta al adulto: ¿y que estaba leyendo, don señor?, a lo que VF responde: acá, que dice acá, señalando el periódico, la F responde sí, que me la noticia, sí, sí. El adulto responde: una cosa de de de unos futbolistas que ganaron en en, en por allá un país y acá.	¿y don E, está bravo hoy? El adulto realiza gestos arrugando las cejas, mirando hacia la ventana y mueve su cuerpo ocasionando que la silla de ruedas se movilizara hacia adelante.	Cama un señor en la calle el adulto lo identifica y le dice: venga dame la mano, moviendo su brazo hacia adelante, nuevamente repite: dame la mano, dame la mano. Y posteriormente la IP contesta: Ya don E, no grite, no lo escucha. Posteriormente en voz baja EM dice dame la mano, y la cuidadora en seguridad se nie.

U1	Regas sociales	IP le dice: con AL le voy a dar el almuerzo, AL responde: establece contacto visual con IP, y realiza un movimiento de cabeza hacia atrás.	Llega IP y dice: Hola con A ¿Cómo se encuentra el día de hoy? ¿bien?, está lindo el día. AL responde asintiendo con la cabeza.	VF le dice: gracias y le entrega el plato de la comida, la IP lo recibe y le contesta: bueno.	IS quien es un familiar de otro adulto se acerca a VF y le dice: Hola, como está señora, con una sonrisa le extiende la mano, a lo que el adulto responde apretándola y luego dice: Bien, gracias y suelta una carcajada.	La IP se dispone a brindarle el alimento y antes le dice: ¿cómo está don E, hoy si va a comer juicioso? A lo que EM responde con varios parpadeos de ojo.	IP detiene la actividad de escritura que realiza, y pregunta a EM: ¿Don E como está tiene frío? ¿quiere la ruana?, el adulto mueve los ojos ubicando a la cuidadora.
U2	Organización social del discurso	AL se encuentra sentado en una silla con la mirada hacia el suelo, su IP se acerca suavemente a él, se sienta en la silla al lado izquierdo, lo mira, toca su mano derecha y le dice: don AL le voy a dar el almuerzo, AL responde: establece contacto visual con IP, y realiza un movimiento de cabeza hacia atrás, seguido a esto le coloca una toalla en el cuello y se dispone a darle el almuerzo.	IP le manifiesta a AL: Don AL ¿quiere que lo corra un poco para que pueda ver TV? A lo que el adulto responde: moviendo la cabeza de derecha a izquierda lado a lado arreglando las cejas.	Al terminar todo su almuerzo, VF le solicita a su IP: Señorita, más jugo. A lo que IP le responde: si don V, pero pida el favor, bueno ya se lo traigo.	La cuidadora se acerca a VF y le dice: Don V tome su periódico. VF establece contacto visual rápidamente se levanta de la silla con los brazos extendidos y una sonrisa recibe el periódico.	IP le manifiesta a E: IVI ¿tiene sed, quiere jugo? Mostrándole el vaso con el jugo del almuerzo, a lo que el adulto responde estirando el brazo para agarrar el vaso.	IP termina de escribir y le dice al adulto: ¿todavía tiene frío? A ver y le toca las manos, en la mira fijamente y quita rápidamente las manos, IP acomoda la ruana y vuelve a su lugar para seguir escribiendo.
U3	Adecuación de discurso: situación, contexto, intercultural.	¿-estaba mo el almuerzo-? a lo que AL responde: asintiendo con la cabeza.	Llega IP y dice: Hola con A ¿Cómo se encuentra el día de hoy? ¿bien?, está lindo el día. AL responde asintiendo con la cabeza, suprime las comisuras labiales hacia abajo	VF le dice: gracias y le entrega el plato de la comida, la IP lo recibe y le contesta: bueno.	VF le manifiesta a su IP: otro, señalando el periódico y repite la palabra 3 veces. La cuidadora le pregunta: ¿otro que? ¿Periódico?, a lo que el adulto responde: Si.	IP le manifiesta a E: IVI ¿tiene sed, quiere jugo? Mostrándole el vaso con el jugo. Sin embargo, se identifica que el adulto no adecua su discurso.	¿Don E como está tiene frío? ¿quiere la ruana?, el adulto mueve los ojos ubicando a la cuidadora.
U10	Invisibilización	AL termina de comer y también intenta limpiarse la boca, pero rápidamente IP le quita la toalla del pecho, el adulto arruga cejas, boca y aprieta las manos.	El adulto se encuentra en una sala junto con otros 5 compañeros, quienes están realizando diferentes acciones: unos hablando entre ellos, otros viendo TV. En ninguna ocasión se evidencia contacto visual ni intento por interactuar con AL.	El adulto VF se encuentra sentado en una mesa almorzando, sin embargo, un compañero se sienta en la misma mesa, esta persona come rápidamente ocasiones establecen contacto visual, sin embargo, la mayor parte del tiempo cumple con la acción al culminar se levanta con el plato, lo entrega en la cocina y luego se va.	En la situación de ocio del adulto en el que se encuentra leyendo el periódico no se observan manifestaciones por invisibilización del adulto, al contrario, en ocasiones se identifica que el adulto se identifica a una persona que ingresó a la fundación saludó en general a todos, de manera que el adulto no respondió.	Al comienzo de la observación, la cuidadora se encuentra lanzando la pelota entre el grupo de adultos de la sede y la cuidadora, mientras el adulto se encuentra en una esquina del mismo lugar mirando fijamente las acciones que estos realizan, sin embargo, a él no le lanzan la pelota.	Durante el tiempo de la observación, los compañeros del adulto se encuentran viendo TV, mientras el adulto mantiene viendo la ventana hacia afuera. Durante una gran parte del tiempo tanto la cuidadora como los otros adultos invisibilizan a EM.

4. Adulto con afasia 1: Formato Instrumento no estandarizado ICINCOMAD, validado por jueces expertos en constructo y contenido.

III. MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE LAS DIMENSIONES, VARIABLES, ÍTEM Y OPCIONES DE RESPUESTA.							
DIMENSIONES	VARIABLES	#	ÍTEM	OPCIÓN DE RESPUESTA			
				SI	NO	ALTERNATIVAS	CUAL/OBSERVACIONES/EVIDENCIA
INTRAPERSONAL	BIOLÓGICA	1	Presenta deficiencias en las funciones sensoriales de la audición y la visión que afectan la interacción verbal y no verbal.	X			Presbicausia.
		2	Presenta deficiencias físicas que dificultan la interacción mediante la modalidad no verbal, verbal oral y verbal escrita.	X		1. IV. Movilidad miembros superiores. 2. Movilidad miembros inferiores. 3. Movilidad en rostro. 4. Movilidad en cabeza. 5. Movilidad en estructuras para la producción de habla. 6. otro.	Hemiparesia hacia la cab. derecho.
	PSICOLÓGICA	3	Presenta alteraciones en procesos cognitivos que pueden afectar la interacción comunicativa.			1. Orientación (tiempo, persona, lugar). 2. Memoria a corto y largo plazo. 3. Atención y concentración. 4. Juicio y raciocinio. 5. otros.	
		5	Presenta un evidente deterioro cognitivo que dificulta la volición para la interacción con otros.		X		
		6	Presenta labilidad emocional que afecta la interacción con otros.		X		

	PSCOLINGÜÍSTICA	7	Presenta alteraciones comportamentales/ conductuales en la autorregulación del adulto que afectan la interacción comunicativa.		X		
		8	Presenta signos lingüísticos patológicos que afectan la comprensión y/o expresión del lenguaje en la interacción.	X			<i>Agamatismo, dificultad en nominación, repetición conservada, es no fluido, dificultad para leer y escribir.</i>
		9	Comprende y expresa palabras o frases que le son funcionales para suplir sus necesidades básicas en su contexto mediato.	X			<i>Comprende palabras funcionales sin embargo en la expresión presenta dificultad.</i>
		10	Se evidencian alteraciones que afectan la comprensión impidiendo el cumplimiento de su rol de oyente durante la interacción en la modalidad verbal oral.		X		
		11	Se evidencian alteraciones que afectan la expresión impidiendo el cumplimiento del rol de hablante durante la interacción en la modalidad verbal oral.	X			
		12	Presenta dificultades en las características del habla (audibilidad, inteligibilidad y naturalidad) que afectan la interacción comunicativa.	X			<i>Baja audibilidad e inteligibilidad en el habla.</i>
INTERPERSONAL	CONTEXTUAL - MICROCONTEXTUAL	15	¿Cuáles modalidades comunicativas utiliza el interlocutor para comunicarse con el adulto?			1. Verbal oral. 2. Verbal escrita. 3. No verbal - corporal. 4. No verbal gestual. 5. CAA icónico.	
		16	¿Cuáles modalidades de comunicación utiliza el adulto para interactuar en su contexto mediato?			1. Verbal oral. 2. Verbal escrita. 3. No verbal - corporal. 4. No verbal gestual. 5. CAA icónico.	
		17	Durante la interacción los interlocutores utilizan estrategias no verbales para facilitar la interacción.			1. Nunca 2. Casi nunca 3. Siempre 4. <b>Casi siempre</b>	
		18	Durante la interacción los interlocutores utilizan estrategias verbales para facilitar la interacción.			1. Nunca 2. Casi nunca 3. Siempre 4. <b>Casi siempre</b>	

		19	Durante la interacción el usuario mantiene un rol activo en la interacción.			1. Nunca 2. Casi nunca 3. Siempre 4. Casi siempre	
		20	El adulto establece interacciones con diferentes interlocutores para expresar y comprender pensamientos, sentimientos y emociones.			1. Nunca 2. Casi nunca 3. Siempre 4. Casi siempre	<i>Especificar ¿Con quién/quienes se establece las interacciones? El adulto busca interactuar cuando requiere del cuidador para una necesidad básica, sin embargo, en todas las situaciones se encuentra sentado en el sofá.</i>
		22	El adulto reconoce elementos del contexto y del interlocutor que le permite establecer interacciones comunicativas.			1. Nunca 2. Casi nunca 3. Siempre 4. Casi siempre	<i>Se evidenció cuando llegó un practicante de auxiliar de enfermería a presentarse con él.</i>
		23	Adecua su discurso a la situación, contexto y/o situación.			1. Nunca 2. Casi nunca 3. Siempre 4. Casi siempre	<i>Especificar ¿en qué situación, contexto o situación no lo realiza? en general el adulto permanece sentado en el sofá mirando hacia la ventana, la interacción recae en el interlocutor.</i>
		24	Hace uso del espacio social y personal para comunicarse de acuerdo con el contexto, situación, e interlocutores.		X		
	FRAGMÁTICA	25	Hace uso de normas socialmente establecidas (saludar, despedirse, elogiar).	X			
		26	Utiliza normas de interacción (organización social del discurso).		X		
		27	El adulto hace uso de normas pragmáticas teniendo en cuenta al interlocutor, la situación comunicativa y el contexto.		X		
		28	El interlocutor inicia una conversación proponiendo temas de conversación con el adulto.		X		
		29	El adulto y los interlocutores utilizan recursos en diferentes modalidades comunicativa que le permiten lograr la interacción comunicativa.		X		
		30	El adulto y los interlocutores utilizan estrategias verbales y no verbales para lograr la interacción comunicativa				1. Estrategias verbales. 2. Estrategias no verbales.
	ACTOS COMUNICATIVOS	31	Cumplen con actos interactivos con sus interlocutores.			1. Saludar. 2. Felicitar. 3. Agradecer. 4. Aceptar. 5. Despedirse. 6. Otros.	
		32	Cumplen con actos informativos con sus interlocutores tales.			1. Confirmación. 2. Afirmación. 3. Negación. 4. Nominación. 5. Pregunta. 6. Otros.	
		33	Cumple con actos expresivos tales como			1. Protesta. 2. Alegría.	

SOCIOCULTURAL	PARTICIPACION	35	El interlocutor utiliza un turno colaborativo intentando completar el turno del adulto.		3. Insteza. 4. Duda. 5. Otros. 1. Nunca 2. Casi nunca 3. Siempre 4. Casi siempre	
		36	El interlocutor en conversaciones hace la esición conversacional (estado de invisibilización del adulto).		1. Nunca 2. Casi nunca 3. Siempre 4. Casi siempre	
		38	El interlocutor es quien inicia, mantiene y promueve la interacción, haciendo que el adulto tome un rol pasivo o sea un comunicador de réplica.		1. Nunca 2. Casi nunca 3. Siempre 4. Casi siempre	
	BARRERA/FACILITADORES	40	El usuario participa socialmente en el contexto mediato con sus interlocutores.		1. Nunca 2. Casi nunca 3. Siempre 4. Casi siempre	
		41	El usuario presenta variaciones sociolingüísticas que influyen en la interacción comunicativa la interacción.	X		
		42	El entorno del adulto cuenta con factores ambientales que promueven la participación social		1. Nunca 2. Casi nunca 3. Siempre 4. Casi siempre	
		45	El entorno del adulto presenta barreras que afectan la participación social.		1. Adicionales. 2. Ideológicas. 3. Físicas. 4. Familiares. 5. Sociales. 6. Tecnológicas. 7. Otros.	
		46	El entorno del adulto presenta facilitadores que promueven la participación social.	X	1. Adicionales. 2. Ideológicas. 3. Físicas. 4. Familiares. 5. Sociales. 6. Tecnológicas. 7. Otros.	

5. Adulto con afasia 2: Formato Instrumento no estandarizado ICINCOMAD, validado por jueces expertos en constructo y contenido.

III. MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE LAS DIMENSIONES, VARIABLES, ITEMS Y OPCIONES DE RESPUESTA.							
DIMENSIONES	VARIABLES	#	ITEM	OPCIONES DE RESPUESTA			
				SI	NO	ALTERNATIVAS	CUAL/OBSERVACIONES/EVIDENCIA
INTRAPERSONAL	BIOLÓGICA	1	Presenta deficiencias en las funciones sensoriales de la audición y la visión que afectan la interacción verbal y no verbal.	X			<i>Presbicia, usa y presbicia, el adulto hace uso de lentes.</i>
		2	Presenta deficiencias físicas que dificultan la interacción mediante la modalidad no verbal, verbal oral y verbal escrita.	X		1. Movilidad miembros superiores. 2. Movilidad miembros inferiores. 3. Movilidad en rostro. 4. Movilidad en cabeza. 5. Movilidad en estructuras para la producción de habla. 6. otro.	<i>Hace uso de bastón para transportarse.</i>
	PSICOLÓGICA	3	Presenta alteraciones en procesos cognitivos que puedan afectar la interacción comunicativa.			1. Orientación (tiempo, persona, lugar). 2. Memoria a corto y largo plazo. 3. Atención y concentración. 4. Juicio y raciocinio. 5. otros.	
		5	Presenta un evidente deterioro cognitivo que dificulta la volición para la interacción con otros.		X		
		6	Presenta labilidad emocional que afecta la interacción con otros.		X		

	PSCOLINGÜÍSTICA	7	Presenta alteraciones comportamentales / conductuales en la autorregulación del adulto que afecten la interacción comunicativa.		X		
		8	Presenta signos lingüísticos patológicos que afectan la comprensión y/o expresión del lenguaje en la interacción.	X			<i>Haba fluida, parafasias verbales, sustituciones.</i>
		9	Comprende y expresa palabras o frases que le son funcionales para suplir sus necesidades básicas en su contexto mediato.	X			<i>La dificultad radica en comprensión.</i>
		10	Se evidencian alteraciones que afectan la comprensión impidiendo el cumplimiento de su rol de oyente durante la interacción en la modalidad verbal oral.	X			
		11	Se evidencian alteraciones que afectan la expresión impidiendo el cumplimiento del rol de hablante durante la interacción en la modalidad verbal oral.		X		
		12	Presenta dificultades en las características del habla (audibilidad inteligibilidad y naturalidad) que afectan la interacción comunicativa.	X			Baja audibilidad.
INTERPERSONAL	CONTEXTUAL: MICROCONTEXTUAL	15	¿Cuáles modalidades comunicativas utiliza el interlocutor para comunicarse con el adulto?			1. Verbal oral. 2. Verbal escrita. 3. No verbal - corporal. 4. No verbal gestual. 5. CAA icónico.	
		16	¿Cuáles modalidades de comunicación utiliza el adulto para interactuar en su contexto mediato?			1. Verbal oral. 2. Verbal escrita. 3. No verbal - corporal. 4. No verbal gestual. 5. CAA icónico.	
		17	Durante la interacción los interlocutores utilizan estrategias no verbales para facilitar la interacción.			1. Nunca 2. Casi nunca 3. Siempre 4. Casi siempre	
		18	Durante la interacción los interlocutores utilizan estrategias verbales para facilitar la interacción.			1. Nunca 2. Casi nunca 3. Siempre 4. Casi siempre	

		19	Durante la interacción el usuario mantiene un rol activo en la interacción.			1. Nunca 2. Casi nunca 3. Siempre 4. Casi siempre	
		20	El adulto establece interacciones con diferentes interlocutores para expresar y comprender pensamientos, sentimientos y emociones.			1. Nunca 2. Casi nunca 3. Siempre 4. Casi siempre	<i>Especificar ¿Con quién/quienes se establece las interacciones? Con interlocutores como otros compañeros de la sede y cuidadores.</i>
		22	El adulto reconoce elementos del contexto y del interlocutor que le permite establecer interacciones comunicativas.			1. Nunca 2. Casi nunca 3. Siempre 4. Casi siempre	
		23	Adecua su discurso a la situación, contexto y/o situación.			1. Nunca 2. Casi nunca 3. Siempre 4. Casi siempre	<i>Especificar ¿en qué situación, contexto o situación no lo realiza? En general el adulto en pocas ocasiones establece interacción adecuando su discurso en contexto y situaciones.</i>
		24	Hace uso del espacio social y personal para comunicarse de acuerdo con el contexto, situación, e interlocutores.	X			
PRAGMÁTICA	25	Hace uso de normas socialmente establecidas (saludar, despedirse, elogiar).	X				
	26	Utiliza normas de interacción (organización social del discurso).	X				
	27	El adulto hace uso de normas pragmáticas teniendo en cuenta al interlocutor, la situación comunicativa y el contexto.		X			
	28	El interlocutor inicia una conversación proponiendo temas de conversación con el adulto.	X				
	29	El adulto y los interlocutores utilizan recursos en diferentes modalidades comunicativa que le permiten lograr la interacción comunicativa.	X				
	30	El adulto y los interlocutores utilizan estrategias verbales y no verbales para lograr la interacción comunicativa				1. Estrategias verbales. 2. Estrategias no verbales.	
ACTOS COMUNICATIVOS	31	Cumplen con actos interactivos con sus interlocutores.				1. Saludar. 2. Felicitar. 3. Agradecer. 4. Aceptar. 5. Despedirse. 6. Otros.	
	32	Cumplen con actos informativos con sus interlocutores tales.				1. Confirmación. 2. Afirmación. 3. Negación. 4. Nominación. 5. Pregunta. 6. Otros.	

		33	Cumple con actos expresivos tales como		1. Proeza. 2. Alegría. 3. Tristeza. 4. Duda. 5. Otros.	
		35	El interlocutor utiliza un turno colaborativo intentando completar el turno del adulto.		1. Nunca 2. Casi nunca 3. Siempre 4. Casi siempre	
		36	El interlocutor en conversaciones hace la esición conversacional (estado de invisibilización del adulto).		1. Nunca 2. Casi nunca 3. Siempre 4. Casi siempre	
		38	El interlocutor es quien inicia, mantiene y promueve la interacción, haciendo que el adulto tome un rol pasivo o sea un comunicador de réplica.		1. Nunca 2. Casi nunca 3. Siempre 4. Casi siempre	
SOCIOCULTURAL	PARTICIPACION	40	El usuario participa socialmente en el contexto mediato con sus interlocutores.		1. Nunca 2. Casi nunca 3. Siempre 4. Casi siempre	
		41	El usuario presenta variaciones sociolingüísticas que influyen en la interacción comunicativa la interacción.	X		
		42	El entorno del adulto cuenta con factores ambientales que promueven la participación social		1. Nunca 2. Casi nunca 3. Siempre 4. Casi siempre	
	BARRERA/FACILITADORES	45	El entorno del adulto presenta barreras que afectan la participación social.		1. Accidentales. 2. Ideológicas. 3. Físicas. 4. Familiares. 5. Sociales. 6. Tecnológicas. 7. Otros.	
46		El entorno del adulto presenta facilitadores que promuevan la participación social.		1. Accidentales. 2. Ideológicas. 3. Físicas. 4. Familiares. 5. Sociales. 6. Tecnológicas. 7. Otros.		

6. Adulto con afasia 3: Formato Instrumento no estandarizado ICINCOMAD, validado por jueces expertos en constructo y contenido.

III. MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE LAS DIMENSIONES, VARIABLES, ITEMS Y OPCIONES DE RESPUESTA.							
DIMENSIONES	VARIABLES	#	ITEM	OPCIONES DE RESPUESTA			
				SI	NO	ALTERNATIVAS	CUAL/OBSERVACIONES/EVIDENCIA
INTRAPERSONAL	BOLÓGICA	1	Presenta deficiencias en las funciones sensoriales de la audición y la visión que afectan la interacción verbal y no verbal.	X			<i>Presbicia y presbiciausia.</i>
		2	Presenta deficiencias físicas que dificultan la interacción mediante la modalidad no verbal, verbal oral y verbal escrita.			1. Movilidad miembros superiores. 2. Movilidad miembros inferiores. 3. Movilidad en rostro. 4. Movilidad en cabeza. 5. Movilidad en estructuras para la producción de habla. 6. otro.	<i>Hemiparesia.</i>
	PSICOLÓGICA	3	Presenta alteraciones en procesos cognitivos que puedan afectar la interacción comunicativa.			1. Orientación (tiempo, persona, lugar). 2. Memoria a corto y largo plazo. 3. Atención y concentración. 4. Juicio y raciocinio. 5. otros.	
		5	Presenta un evidente deterioro cognitivo que dificulta la volición para la interacción con otros.	X			
		6	Presenta labilidad emocional que afecta la interacción con otros.	X			

	PSICOLINGÜÍSTICA	7	Presenta alteraciones comportamentales / conductuales en la autorregulación del adulto que afecten la interacción comunicativa.	X		<i>Dificultades en fluidez, jergafasia, perseveraciones.</i>	
		8	Presenta signos lingüísticos patológicos que afectan la comprensión y/o expresión del lenguaje en la interacción.	X			
		9	Comprende y expresa palabras o frases que le son funcionales para suplir sus necesidades básicas en su contexto mediato.		X		
		10	Se evidencian alteraciones que afectan la comprensión impidiendo el cumplimiento de su rol de oyente durante la interacción en la modalidad verbal oral.	X			
		11	Se evidencian alteraciones que afectan la expresión impidiendo el cumplimiento del rol de hablante durante la interacción en la modalidad verbal oral.	X			
		12	Presenta dificultades en las características del habla (audibilidad inteligibilidad y naturalidad) que afectan la interacción comunicativa.		X		
INTERPERSONAL	CONTEXTUAL: MICROCONTEXTUAL	15	¿Cuáles modalidades comunicativas utiliza el interlocutor para comunicarse con el adulto?		1. Verbal oral. 2. Verbal escrita. 3. No verbal - corporal. 4. No verbal gestual. 5. CAA tónico.		
		16	¿Cuáles modalidades de comunicación utiliza el adulto para interactuar en su contexto mediato?		1. Verbal oral. 2. Verbal escrita. 3. No verbal - corporal. 4. No verbal gestual. 5. CAA tónico.		
		17	Durante la interacción los interlocutores utilizan estrategias no verbales para facilitar la interacción.		1. Nunca 2. Casi nunca 3. Siempre 4. Casi siempre		
		18	Durante la interacción los interlocutores utilizan estrategias verbales para facilitar la interacción.		1. Nunca 2. Casi nunca 3. Siempre 4. Casi siempre		

		19	Durante la interacción el usuario mantiene un rol activo en la interacción.			1. Nunca 2. Casi nunca 3. Siempre 4. Casi siempre	
		20	El adulto establece interacciones con diferentes interlocutores para expresar y comprender pensamientos, sentimientos y emociones.			1. Nunca 2. Casi nunca 3. Siempre 4. Casi siempre	<i>Especificar ¿Con quién/quienes se establece las interacciones? En ocasiones con personas nuevas que conoce o cuando requiere a su cuidador.</i>
		22	El adulto reconoce elementos del contexto y del interlocutor que le permite establecer interacciones comunicativas.			1. Nunca 2. Casi nunca 3. Siempre 4. Casi siempre	
		23	Adecua su discurso a la situación, contexto y/o situación.			1. Nunca 2. Casi nunca 3. Siempre 4. Casi siempre	<i>Especificar ¿en que situación, contexto o situación no lo realiza? En general el adulto acude a perseveraciones o también el uso de gósesías para interactuar en determinadas situaciones y contextos con determinados interlocutores.</i>
		24	Hace uso del espacio social y personal para comunicarse de acuerdo con el contexto, situación, e interlocutores.	X			
	PRAGMÁTICA	25	Hace uso de normas socialmente establecidas (saludar, despedirse, elogiar).	X			
		26	Utiliza normas de interacción (organización social del discurso).	X			
		27	El adulto hace uso de normas pragmáticas teniendo en cuenta al interlocutor, la situación comunicativa y el contexto.	X			
		28	El interlocutor inicia una conversación proponiendo temas de conversación con el adulto.	X			
		29	El adulto y los interlocutores utilizan recursos en diferentes modalidades comunicativa que le permiten lograr la interacción comunicativa.	X			
30		El adulto y los interlocutores utilizan estrategias verbales y no verbales para lograr la interacción comunicativa			1. Estrategias verbales. 2. Estrategias no verbales.	<i>Interlocutor</i>	
ACTOS COMUNICATIVOS	31	Cumplen con actos interactivos con sus interlocutores.			1. Saludar. 2. Felicitar. 3. Agradecer. 4. Aceptar. 5. Despedirse. 6. Otros.	<i>Interlocutor</i>	
	32	Cumplen con actos informativos con sus interlocutores tales.			1. Confirmación. 2. Afirmación. 3. Negación. 4. Nominación. 5. Pregunta. 6. Otros.	<i>Interlocutor</i>	

INTERACCIONES COMUNICATIVAS DE UN GRUPO DE SUJETOS INSTITUCIONALIZADOS. APLICANDO EL MSCHI.

		33	Cumple con actos expresivos tales como		1. Fiestas. 2. Alegría. 3. Tristeza. 4. Duda. 5. Otros.	<i>Interlocutor</i>
		35	El interlocutor utiliza un turno colaborativo intentando completar el turno del adulto.		1. Nunca 2. Casi nunca 3. Siempre 4. Casi siempre	
		36	El interlocutor en conversaciones hace la esición conversacional (estado de invisibilización del adulto).		1. Nunca 2. Casi nunca 3. Siempre 4. Casi siempre	
		38	El interlocutor es quien inicia, mantiene y promueve la interacción, haciendo que el adulto tome un rol pasivo o sea un comunicador de réplica.		1. Nunca 2. Casi nunca 3. Siempre 4. Casi siempre	
SOCIOCULTURAL	PARTICIPACION	40	El usuario participa socialmente en el contexto mediato con sus interlocutores.		1. Nunca 2. Casi nunca 3. Siempre 4. Casi siempre	
		41	El usuario presenta variaciones sociolingüísticas que influyen en la interacción comunicativa la interacción.	X		
		42	El entorno del adulto cuenta con factores ambientales que promueven la participación social		1. Nunca 2. Casi nunca 3. Siempre 4. Casi siempre	
	BARRERA/FACILITADORES	45	El entorno del adulto presenta barreras que afectan la participación social.		1. Actitudinales. 2. Ideológicas. 3. Físicas. 4. Familiares. 5. Sociales. 6. Tecnológicas. 7. Otros.	
		46	El entorno del adulto presenta facilitadores que promuevan la participación social.	X	1. Actitudinales. 2. Ideológicas. 3. Físicas. 4. Familiares. 5. Sociales. 6. Tecnológicas. 7. Otros.	

7. Adulto con afasia 4: Formato Instrumento no estandarizado ICINCOMAD, validado por jueces expertos en constructo y contenido.

III. MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE LAS DIMENSIONES, VARIABLES, ITEMS Y OPCIONES DE RESPUESTA.							
DIMENSIONES	VARIABLES	#	ITEM	OPCIONES DE RESPUESTA			
				SI	NO	ALTERNATIVAS	CUAL/OBSERVACIONES/EVIDENCIA
INTRAPERSONAL	BIOLÓGICA	1	Presenta deficiencias en las funciones sensoriales de la audición y la visión que afectan la interacción verbal y no verbal.		X		
		2	Presenta deficiencias físicas que dificultan la interacción mediante la modalidad no verbal, verbal oral y verbal escrita.		X	1. IV. Movilidad miembros superiores. 2. Movilidad miembros inferiores. 3. Movilidad en rostro. 4. Movilidad en cabeza. 5. Movilidad en estructuras para la producción de habla. 6. otro.	
	PSICOLÓGICA	3	Presenta alteraciones en procesos cognitivos que puedan afectar la interacción comunicativa.	X		1. Orientación (tiempo, persona, lugar). 2. Memoria a corto y largo plazo. 3. Atención y concentración. 4. Juicio y raciocinio. 5. otros.	
		5	Presenta un evidente deterioro cognitivo que dificulta la volición para la interacción con otros.		X		
		6	Presenta labilidad emocional que afecta la interacción con otros.	X			<i>Presenta llantos y risas inapropiadas o, en general, respuestas emocionales desproporcionadas.</i>

	PSICOLINGÜÍSTICA	7	Presenta alteraciones comportamentales / conductuales en la autorregulación del adulto que afecten la interacción comunicativa.	X		<i>Presenta circunloquios y perseveraciones.</i>
		8	Presenta signos lingüísticos patológicos que afectan la comprensión y/o expresión del lenguaje en la interacción.	X		
		9	Comprende y expresa palabras o frases que le son funcionales para suplir sus necesidades básicas en su contexto mediato.	X		
		10	Se evidencian alteraciones que afectan la comprensión impidiendo el cumplimiento de su rol de oyente durante la interacción en la modalidad verbal oral.	X		
		11	Se evidencian alteraciones que afectan la expresión impidiendo el cumplimiento del rol de hablante durante la interacción en la modalidad verbal oral.	X		
		12	Presenta dificultades en las características del habla (audibilidad inteligibilidad y naturalidad) que afectan la interacción comunicativa.	X		
INTERPERSONAL	CONTEXTUAL: MICROCONTEXTUAL	15	¿Cuáles modalidades comunicativas utiliza el interlocutor para comunicarse con el adulto?		1. Verbal oral. 2. Verbal escrita. 3. No verbal - corporal. 4. No verbal gestual. 5. CAA lónico.	
		16	¿Cuáles modalidades de comunicación utiliza el adulto para interactuar en su contexto mediato?		1. Verbal oral. 2. Verbal escrita. 3. No verbal - corporal. 4. No verbal gestual. 5. CAA lónico.	
		17	Durante la interacción los interlocutores utilizan estrategias no verbales para facilitar la interacción.		1. Nunca 2. Casi nunca 3. Siempre 4. Casi siempre	
		18	Durante la interacción los interlocutores utilizan estrategias verbales para facilitar la interacción.		1. Nunca 2. Casi nunca 3. Siempre 4. Casi siempre	

		19	Durante la interacción el usuario mantiene un rol activo en la interacción.		1. Nunca 2. Casi nunca 3. Siempre 4. Casi siempre	<i>Realiza rupturas en la comunicación.</i>
		20	El adulto establece interacciones con diferentes interlocutores para expresar y comprender pensamientos, sentimientos y emociones.		1. Nunca 2. Casi nunca 3. Siempre 4. Casi siempre	<i>Especificar ¿Con quién/ quienes se establece las interacciones? Por lo general el adulto evade las conversaciones con otros adultos y profesionales de la fundación.</i>
		22	El adulto reconoce elementos del contexto y del interlocutor que le permite establecer interacciones comunicativas.		1. Nunca 2. Casi nunca 3. Siempre 4. Casi siempre.	
		23	Adecua su discurso a la situación, contexto y/o situación.		1. Nunca 2. Casi nunca 3. Siempre 4. Casi siempre	<i>Especificar ¿en que situación, contexto o situación no lo realiza? Cuando el adulto es invitado a realizar actividades grupales, el niega querer participar y se marcha de la situación. En ocasiones se le saluda y se pregunta cómo se encuentra, a lo que responde de manera acorde.</i>
		24	Hace uso del espacio social y personal para comunicarse de acuerdo con el contexto, situación, e interlocutores.	X		
	PRAGMÁTICA	25	Hace uso de normas socialmente establecidas (saludar, despedirse, elogiar).	X		
		26	Utiliza normas de interacción (organización social del discurso).	X		<i>Requiere de un interlocutor para iniciar y mantener la conversación, el adulto logra finalizar la conversación.</i>
		27	El adulto hace uso de normas pragmáticas teniendo en cuenta al interlocutor, la situación comunicativa y el contexto.	X		
		28	El interlocutor inicia una conversación proponiendo temas de conversación con el adulto.	X		<i>El interlocutor propone temas de conversación sin embargo al adulto se le dificulta mantener un hilo conductor con coherencia.</i>
		29	El adulto y los interlocutores utilizan recursos en diferentes modalidades comunicativas que le permiten lograr la interacción comunicativa.	X		
30		El adulto y los interlocutores utilizan estrategias verbales y no verbales para lograr la interacción comunicativa	X	1. Estrategias verbales. 2. Estrategias no verbales.		
ACTOS COMUNICATIVOS	31	Cumplen con actos interactivos con sus interlocutores.	X	1. Saludar. 2. Felicitar. 3. Agradecer. 4. Aceptar. 5. Despedirse. 6. Otros.		
	32	Cumplen con actos informativos con sus interlocutores tales.	X	1. Confirmación. 2. Afirmación. 3. Negación. 4. Nombración.		

		33	Cumple con actos expresivos tales como	X	5. Pregunta. 6. Otros. 1. Frotosa. 2. Alegría. 3. Tristeza. 4. Duda. 5. Otros.	
		35	El interlocutor utiliza un turno colaborativo intentando completar el turno del adulto.		1. Nunca 2. Casi nunca 3. Siempre 4. Casi siempre	
		36	El interlocutor en conversaciones hace la esición conversacional (estado de invisibilización del adulto).		1. Nunca 2. Casi nunca 3. Siempre 4. Casi siempre	
		38	El interlocutor es quien inicia, mantiene y promueve la interacción, haciendo que el adulto tome un rol pasivo o sea un comunicador de réplica.		1. Nunca 2. Casi nunca 3. Siempre 4. Casi siempre	
SOCIOCULTURAL	PARTICIPACION	40	El adulto participa socialmente en el contexto mediato con sus interlocutores.		1. Nunca 2. Casi nunca 3. Siempre 4. Casi siempre	<i>El adulto prefiere realizar actividades de manera individual.</i>
		41	El adulto presenta variaciones sociolingüísticas que influyen en la interacción comunicativa la interacción.	X		
		42	El entorno del adulto cuenta con factores ambientales que promueven la participación social.		1. Nunca 2. Casi nunca 3. Siempre 4. Casi siempre	
	BARRERA/FACILITADORES	45	El entorno del adulto presenta barreras que afectan la participación social.		1. Actitudinales. 2. Ideológicas. 3. Físicas. 4. Familiares. 5. Sociales. 6. Tecnológicas. 7. Otros.	<i>La actitud de los profesionales de la fundación es pasiva frente a las necesidades que requiere el adulto, las barreras ideológicas van dirigidas a la percepción que tienen frente a un sujeto con trastorno mental, se piensa que la intervención es limitada.</i>
		46	El entorno del adulto presenta facilitadores que promuevan la participación social.		1. Actitudinales. 2. Ideológicas. 3. Físicas. 4. Familiares. 5. Sociales. 6. Tecnológicas. 7. Otros.	<i>En ocasiones los cuidadores acompañan al adulto al parque para tomar el sol.</i>

8. Adulto con afasia 5: Formato Instrumento no estandarizado ICINCOMAD, validado por jueces expertos en constructo y contenido.

III. MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE LAS DIMENSIONES, VARIABLES, ITEMS Y OPCIONES DE RESPUESTA.							
DIMENSIONES	VARIABLES	#	ITEM	OPCIONES DE RESPUESTA			
				SI	NO	ALTERNATIVAS	CUAL/OBSERVACIONES/EVIDENCIA
INTRAPERSONAL	BIOLÓGICA	1	Presenta deficiencias en las funciones sensoriales de la audición y la visión que afectan la interacción verbal y no verbal.		X		
		2	Presenta deficiencias físicas que dificultan la interacción mediante la modalidad no verbal, verbal oral y verbal escrita.		X	1. Movilidad miembros superiores. 2. Movilidad miembros inferiores. 3. Movilidad en rostro. 4. Movilidad en cabeza. 5. Movilidad en estructuras para la producción de habla. 6. otro.	
	PSICOLÓGICA	3	Presenta alteraciones en procesos cognitivos que puedan afectar la interacción comunicativa.			1. Orientación (tiempo, persona, lugar). 2. Memoria a corto y largo plazo. 3. Atención y concentración. 4. Juicio y raciocinio. 5. otros.	
		5	Presenta un evidente deterioro cognitivo que dificulta la volición para la interacción con otros.		X		
		6	Presenta labilidad emocional que afecta la interacción con otros.	X			

INTERPERSONAL	PSCOLINGÜÍSTICA	7	Presenta alteraciones comportamentales / conductuales en la autorregulación del adulto que afecten la interacción comunicativa.	X			
		8	Presenta signos lingüísticos patológicos que afectan la comprensión y/o expresión del lenguaje en la interacción.	X		<i>El adulto presenta hipersociabilidad su lenguaje es caracterizado por ser logorreico.</i>	
		9	Comprende y expresa palabras o frases que le son funcionales para suplir sus necesidades básicas en su contexto mediato.	X			
		10	Se evidencian alteraciones que afectan la comprensión impidiendo el cumplimiento de su rol de oyente durante la interacción en la modalidad verbal oral.	X			
		11	Se evidencian alteraciones que afectan la expresión impidiendo el cumplimiento del rol de hablante durante la interacción en la modalidad verbal oral.	X		<i>El adulto presenta un discurso poco cohesivo y coherente, caracterizado por ideas delirantes según el reporte de psicología.</i>	
		12	Presenta dificultades en las características del habla (audibilidad inteligibilidad y naturalidad) que afectan la interacción comunicativa.	X		<i>La intensidad de la voz del adulto mayor en una conversación algunas veces es intermitente. Demuestra que a veces habla fuerte y otras suave. Sin embargo, no afecta la comunicación.</i>	
	CONTEXTUAL: MICROCONTEXTUAL	15	¿Cuáles modalidades comunicativas utiliza el interlocutor para comunicarse con el adulto?			1. Verbal oral. 2. Verbal escrita. 3. No verbal - corporal. 4. No verbal gestual. 5. CAA control.	
		16	¿Cuáles modalidades de comunicación utiliza el adulto para interactuar en su contexto mediato?			1. Verbal oral. 2. Verbal escrita. 3. No verbal - corporal. 4. No verbal gestual. 5. CAA control.	
		17	Durante la interacción los interlocutores utilizan estrategias no verbales para facilitar la interacción.			1. Nunca 2. Casi nunca 3. Siempre 4. Casi siempre	
		18	Durante la interacción los interlocutores utilizan estrategias verbales para facilitar la interacción.			1. Nunca 2. Casi nunca 3. Siempre 4. Casi siempre	

		19	Durante la interacción el usuario mantiene un rol activo en la interacción.			1. Nunca 2. Casi nunca 3. Siempre 4. Casi siempre	
		20	El adulto establece interacciones con diferentes interlocutores para expresar y comprender pensamientos, sentimientos y emociones.			1. Nunca 2. Casi nunca 3. Siempre 4. Casi siempre	<i>Especificar ¿Con quién/quienes se establece las interacciones? El adulto establece interacción con personas desconocidas, auxiliares de enfermería y en general a cualquier persona que llame su atención.</i>
		22	El adulto reconoce elementos del contexto y del interlocutor que le permite establecer interacciones comunicativas.			1. Nunca 2. Casi nunca 3. Siempre 4. Casi siempre	
		23	Adecua su discurso a la situación, contexto y/o situación.			1. Nunca 2. Casi nunca 3. Siempre 4. Casi siempre	<i>Especificar ¿en qué situación, contexto o situación no lo realiza? Generalmente en todas las situaciones realiza las mismas preguntas: ¿cómo está? ¿y qué más?</i>
		24	Hace uso del espacio social y personal para comunicarse de acuerdo con el contexto, situación, e interlocutores.	X			<i>El adulto invade el espacio personal de todos sus interlocutores, en todos los contextos y situaciones.</i>
		25	Hace uso de normas socialmente establecidas (saludar, despedirse, elogiar).	X			
PRAGMÁTICA		26	Utiliza normas de interacción (organización social del discurso).	X			<i>Requiere constante apoyo por parte del interlocutor, para establecer un hilo conductor, cohesión y coherencia.</i>
		27	El adulto hace uso de normas pragmáticas teniendo en cuenta al interlocutor, la situación comunicativa y el contexto.	X			
		28	El interlocutor inicia una conversación proponiendo temas de conversación con el adulto.	X			
		29	El adulto y los interlocutores utilizan recursos en diferentes modalidades comunicativa que le permiten lograr la interacción comunicativa.	X			
		30	El adulto y los interlocutores utilizan estrategias verbales y no verbales para lograr la interacción comunicativa			1. Estrategias verbales. 2. Estrategias no verbales.	
		31	Cumplen con actos interactivos con sus interlocutores.			1. Saludar. 2. Felicitar. 3. Agradecer. 4. Aceptar. 5. Despedirse. 6. Otros.	
ACTOS COMUNICATIVOS		32	Cumplen con actos informativos con sus interlocutores tales.			1. Confirmación. 2. Afirmación. 3. Negación. 4. Nominación. 5. Pregunta. 6. Otros.	

		33	Cumple con actos expresivos tales como		1. <del>Proesa.</del> 2. <del>Alegría.</del> 3. <del>Tristeza.</del> 4. <del>Duda.</del> 5. <del>Otros.</del>	
		35	El interlocutor utiliza un turno colaborativo intentando completar el turno del adulto.		1. <del>Nunca</del> 2. <del>Casi nunca</del> 3. <del>Siempre</del> 4. <del>Casi siempre</del>	
		36	El interlocutor en conversaciones hace la esición conversacional (estado de invisibilización del adulto).		1. <del>Nunca</del> 2. <del>Casi nunca</del> 3. <del>Siempre</del> 4. <del>Casi siempre</del>	
		38	El interlocutor es quien inicia, mantiene y promueve la interacción, haciendo que el adulto tome un rol pasivo o sea un comunicador de réplica.		1. <del>Nunca</del> 2. <del>Casi nunca</del> 3. <del>Siempre</del> 4. <del>Casi siempre</del>	
SOCIOCULTURAL	PARTICIPACION	40	El usuario participa socialmente en el contexto mediato con sus interlocutores.		1. <del>Nunca</del> 2. <del>Casi nunca</del> 3. <del>Siempre</del> 4. <del>Casi siempre</del>	
		41	El usuario presenta variaciones sociolingüísticas que influyen en la interacción comunicativa la interacción.	X		
	BARRERA/FACILITADORES	42	El entorno del adulto cuenta con factores ambientales que promueven la participación social		1. <del>Nunca</del> 2. <del>Casi nunca</del> 3. <del>Siempre</del> 4. <del>Casi siempre</del>	
		45	El entorno del adulto presenta barreras que afectan la participación social.	X	1. <del>Actitudinales.</del> 2. <del>Ideológicas.</del> 3. <del>Físicas.</del> 4. <del>Familiares.</del> 5. <del>Sociales.</del> 6. <del>Tecnológicas.</del> 7. <del>Otros.</del>	
		46	El entorno del adulto presenta facilitadores que promuevan la participación social.		1. <del>Actitudinales.</del> 2. <del>Ideológicas.</del> 3. <del>Físicas.</del> 4. <del>Familiares.</del> 5. <del>Sociales.</del> 6. <del>Tecnológicas.</del> 7. <del>Otros.</del>	

9. Adulto con afasia 6: Formato Instrumento no estandarizado ICINCOMAD, validado por jueces expertos en constructo y contenido.

III. MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE LAS DIMENSIONES, VARIABLES, ITEMS Y OPCIONES DE RESPUESTA.							
DIMENSIONES	VARIABLES	#	ITEM	OPCIONES DE RESPUESTA			
				SI	NO	ALTERNATIVAS	CUAL/OBSERVACIONES/EVIDENCIA
INTRAPERSONAL	BIOLÓGICA	1	Presenta deficiencias en las funciones sensoriales de la audición y la visión que afectan la interacción verbal y no verbal.		X		
		2	Presenta deficiencias físicas que dificultan la interacción mediante la modalidad no verbal, verbal oral y verbal escrita.		X	1. IV. Movilidad miembros superiores. 2. Movilidad miembros inferiores. 3. Movilidad en rostro. 4. Movilidad en cabeza. 5. Movilidad en estructuras para la producción de habla. 6. otro.	
	PSICOLÓGICA	3	Presenta alteraciones en procesos cognitivos que puedan afectar la interacción comunicativa.	X		1. Orientación (tiempo, persona, lugar). 2. Memoria a corto y largo plazo. 3. Atención y concentración. 4. Juicio y raciocinio. 5. otros.	
		5	Presenta un evidente deterioro cognitivo que dificulta la volición para la interacción con otros.		X		
		6	Presenta labilidad emocional que afecta la interacción con otros.	X			

	PSCOLINGÜÍSTICA	7	Presenta alteraciones comportamentales / conductuales en la autorregulación del adulto que afecten la interacción comunicativa.	X		<i>Según reporte de psicología presenta cambios de ánimo y personalidad repentina.</i>
		8	Presenta signos lingüísticos patológicos que afectan la comprensión y/o expresión del lenguaje en la interacción.		X	
		9	Comprende y expresa palabras o frases que le son funcionales para suplir sus necesidades básicas en su contexto mediato.	X		
		10	Se evidencian alteraciones que afectan la comprensión impidiendo el cumplimiento de su rol de oyente durante la interacción en la modalidad verbal oral.		X	<i>En ocasiones el adulto utiliza frases y estilos comunicativos agresivos con sus diferentes interlocutores.</i>
		11	Se evidencian alteraciones que afectan la expresión impidiendo el cumplimiento del rol de hablante durante la interacción en la modalidad verbal oral.	X		
		12	Presenta dificultades en las características del habla (audibilidad inteligibilidad y naturalidad) que afectan la interacción comunicativa.		X	
INTERPERSONAL	CONTEXTUAL: MICROCONTEXTUAL	15	¿Cuáles modalidades comunicativas utiliza el interlocutor para comunicarse con el adulto?		1. Verbal oral. 2. Verbal escrita. 3. No verbal - corporal. 4. No verbal gestual. 5. CAA icono.	
		16	¿Cuáles modalidades de comunicación utiliza el adulto para interactuar en su contexto mediato?		1. Verbal oral. 2. Verbal escrita. 3. No verbal - corporal. 4. No verbal gestual. 5. CAA icono.	
		17	Durante la interacción los interlocutores utilizan estrategias no verbales para facilitar la interacción.		1. Nunca 2. Casi nunca 3. Siempre 4. Casi siempre	
		18	Durante la interacción los interlocutores utilizan estrategias verbales para facilitar la interacción.		1. Nunca 2. Casi nunca 3. Siempre 4. Casi siempre	

		19	Durante la interacción el usuario mantiene un rol activo en la interacción.		1. Nunca 2. Casi nunca 3. Siempre 4. Casi siempre	Especificar ¿Con quién/ quienes se establece las interacciones? Establece interacciones con los auxiliares de enfermería, personas de servicios generales y compañeros de sede.
		20	El adulto establece interacciones con diferentes interlocutores para expresar y comprender pensamientos, sentimientos y emociones.		1. Nunca 2. Casi nunca 3. Siempre 4. Casi siempre	
		22	El adulto reconoce elementos del contexto y del interlocutor que le permite establecer interacciones comunicativas.		1. Nunca 2. Casi nunca 3. Siempre 4. Casi siempre	
		23	Adecua su discurso a la situación, contexto y/o situación.		1. Nunca 2. Casi nunca 3. Siempre 4. Casi siempre	
		24	Hace uso del espacio social y personal para comunicarse de acuerdo con el contexto, situación, e interlocutores.	X		
	PRAGMÁTICA	25	Hace uso de normas socialmente establecidas (saludar, despedirse, elogiar).	X		
		26	Utiliza normas de interacción (organización social del discurso).	X		
		27	El adulto hace uso de normas pragmáticas teniendo en cuenta al interlocutor, la situación comunicativa y el contexto.	X		
		28	El interlocutor inicia una conversación proponiendo temas de conversación con el adulto.	X		
		29	El adulto y los interlocutores utilizan recursos en diferentes modalidades comunicativa que le permiten lograr la interacción comunicativa.	X		
30		El adulto y los interlocutores utilizan estrategias verbales y no verbales para lograr la interacción comunicativa	X	1. Estrategias verbales. 2. Estrategias no verbales.		
ACTOS COMUNICATIVOS	31	Cumplen con actos interactivos con sus interlocutores.		1. Saludar. 2. Felicitar. 3. Agradecer. 4. Aceptar. 5. Despedirse. 6. Otros.		
	32	Cumplen con actos informativos con sus interlocutores tales.		1. Confirmación. 2. Afirmación. 3. Negación. 4. Nominación. 5. Pregunta. 6. Otros.		

		33	Cumple con actos expresivos tales como		1. Proeza. 2. Alegría. 3. Tristeza. 4. Duda. 5. Otros.	
		35	El interlocutor utiliza un turno colaborativo intentando completar el turno del adulto.		1. Nunca 2. Casi nunca 3. Siempre 4. Casi siempre	
		36	El interlocutor en conversaciones hace la esición conversacional (estado de invisibilización del adulto).		1. Nunca 2. Casi nunca 3. Siempre 4. Casi siempre	
		38	El interlocutor es quien inicia, mantiene y promueve la interacción, haciendo que el adulto tome un rol pasivo o sea un comunicador de réplica.		1. Nunca 2. Casi nunca 3. Siempre 4. Casi siempre	
SOCIOCULTURAL	PARTICIPACION	40	El usuario participa socialmente en el contexto mediato con sus interlocutores.		1. Nunca 2. Casi nunca 3. Siempre 4. Casi siempre	<i>Prefiere desarrollar actividades individualmente.</i>
		41	El usuario presenta variaciones sociolingüísticas que influyen en la interacción comunicativa la interacción.	X		
	42	El entorno del adulto cuenta con factores ambientales que promueven la participación social		1. Nunca 2. Casi nunca 3. Siempre 4. Casi siempre		
	BARRERA/FACILITADORES	45	El entorno del adulto presenta barreras que afectan la participación social.	X	1. Actitudinales. 2. Ideológicas. 3. Físicas. 4. Familiares. 5. Sociales. 6. Tecnológicas. 7. Otros.	
46		El entorno del adulto presenta facilitadores que promuevan la participación social.		1. Actitudinales. 2. Ideológicas. 3. Físicas. 4. Familiares. 5. Sociales. 6. Tecnológicas. 7. Otros.		

10. Adulto con afasia 7: Formato Instrumento no estandarizado ICINCOMAD, validado por jueces expertos en constructo y contenido.

III. MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE LAS DIMENSIONES, VARIABLES, ITEMS Y OPCIONES DE RESPUESTA.							
DIMENSIONES	VARIABLES	#	ITEM	OPCIÓN DE RESPUESTA			
				SI	NO	ALTERNATIVAS	CUAL/OBSERVACIONES/EVIDENCIA
INTRAPERSONAL	BOLÓGICA	1	Presenta deficiencias en las funciones sensoriales de la audición y la visión que afectan la interacción verbal y no verbal.	X			Presbicia y presbicia
		2	Presenta deficiencias físicas que dificultan la interacción mediante la modalidad no verbal, verbal oral y verbal escrita.	X		1. Movilidad miembros superiores. 2. Movilidad miembros inferiores. 3. Movilidad en rostro. 4. Movilidad en cabeza. 5. Movilidad en estructuras para la producción de habla. 6. otro.	El adulto hace uso de silla de ruedas.
	PSICOLÓGICA	3	Presenta alteraciones en procesos cognitivos que puedan afectar la interacción comunicativa.	X		1. Orientación (tiempo, persona, lugar). 2. Memoria a corto y largo plazo. 3. Atención y concentración. 4. Juicio y raciocinio. 5. otros.	
		5	Presenta un evidente deterioro cognitivo que dificulta la volición para la interacción con otros.		X		
		6	Presenta labilidad emocional que afecta la interacción con otros.		X		

PSCOLINGÜÍSTICA	7	Presenta alteraciones comportamentales / conductuales en la autorregulación del adulto que afecten la interacción comunicativa.	X			
	8	Presenta signos lingüísticos patológicos que afectan la comprensión y/o expresión del lenguaje en la interacción.	X			
	9	Comprende y expresa palabras o frases que le son funcionales para suplir sus necesidades básicas en su contexto mediato.	X			
	10	Se evidencian alteraciones que afectan la comprensión impidiendo el cumplimiento de su rol de oyente durante la interacción en la modalidad verbal oral.	X			
	11	Se evidencian alteraciones que afectan la expresión impidiendo el cumplimiento del rol de hablante durante la interacción en la modalidad verbal oral.	X			
	12	Presenta dificultades en las características del habla (audibilidad inteligibilidad y naturalidad) que afectan la interacción comunicativa.	X		Baja audibilidad.	
	INTERPERSONAL	CONTEXTUAL: MICROCONTEXTUAL	15	¿Cuáles modalidades comunicativas utiliza el interlocutor para comunicarse con el adulto?		1. Verbal oral. 2. Verbal escrita. 3. No verbal - corporal. 4. No verbal gestual. 5. CAA icono.
			16	¿Cuáles modalidades de comunicación utiliza el adulto para interactuar en su contexto mediato?		1. Verbal oral. 2. Verbal escrita. 3. No verbal - corporal. 4. No verbal gestual. 5. CAA icono.
			17	Durante la interacción los interlocutores utilizan estrategias no verbales para facilitar la interacción.		1. Nunca 2. Casi nunca 3. Siempre 4. Casi siempre
			18	Durante la interacción los interlocutores utilizan estrategias verbales para facilitar la interacción.		1. Nunca 2. Casi nunca 3. Siempre 4. Casi siempre

		19	Durante la interacción el usuario mantiene un rol activo en la interacción.			1. Nunca 2. Casi nunca 3. Siempre 4. Casi siempre	
		20	El adulto establece interacciones con diferentes interlocutores para expresar y comprender pensamientos, sentimientos y emociones.			1. Nunca 2. Casi nunca 3. Siempre 4. Casi siempre	<i>Especificar ¿Con quién/quienes se establece las interacciones? En la mayoría de las situaciones establece interacción con sus cuidadores, con los demás adultos no, debido al alto deterioro cognitivo de los demás.</i>
		22	El adulto reconoce elementos del contexto y del interlocutor que le permite establecer interacciones comunicativas.			1. Nunca 2. Casi nunca 3. Siempre 4. Casi siempre	
		23	Adecua su discurso a la situación, contexto y/o situación.			1. Nunca 2. Casi nunca 3. Siempre 4. Casi siempre	<i>Especificar ¿en que situación, contexto o situación no lo realiza? LOS cuidadores no facilitan múltiples espacios que propicien espacios, contextos y situaciones de comunicación para el adulto, de tal manera que J.L. permanece en un espacio único.</i>
		24	Hace uso del espacio social y personal para comunicarse de acuerdo con el contexto, situación, e interlocutores.	X			
PRAGMÁTICA	25	Hace uso de normas socialmente establecidas (saludar, despedirse, elogiar).	X				
	26	Utiliza normas de interacción (organización social del discurso).	X				
	27	El adulto hace uso de normas pragmáticas teniendo en cuenta al interlocutor, la situación comunicativa y el contexto.		X			
	28	El interlocutor inicia una conversación proponiendo temas de conversación con el adulto.	X				
	29	El adulto y los interlocutores utilizan recursos en diferentes modalidades comunicativa que le permiten lograr la interacción comunicativa.	X				
	30	El adulto y los interlocutores utilizan estrategias verbales y no verbales para lograr la interacción comunicativa				1. Estrategias verbales. 2. Estrategias no verbales.	
ACTOS COMUNICATIVOS	31	Cumplen con actos interactivos con sus interlocutores.				1. Saludar. 2. Felicitar. 3. Agradecer. 4. Aceptar. 5. Despedirse. 6. Otros.	
	32	Cumplen con actos informativos con sus interlocutores tales.				1. Confirmación. 2. Afirmación. 3. Negación. 4. Nominación. 5. Pregunta. 6. Otros.	

SOCIOCULTURAL	PARTICIPACION	33	Cumple con actos expresivos tales como		1. Frotosa. 2. Alegría. 3. Tristeza. 4. Duda. 5. Otros.		
		35	El interlocutor utiliza un turno colaborativo intentando completar el turno del adulto.		1. Nunca 2. Casi nunca 3. Siempre 4. Casi siempre		
		36	El interlocutor en conversaciones hace la esición conversacional (estado de invisibilización del adulto).		1. Nunca 2. Casi nunca 3. Siempre 4. Casi siempre		
		38	El interlocutor es quien inicia, mantiene y promueve la interacción, haciendo que el adulto tome un rol pasivo o sea un comunicador de réplica.		1. Nunca 2. Casi nunca 3. Siempre 4. Casi siempre		
		40	El usuario participa socialmente en el contexto mediato con sus interlocutores.		1. Nunca 2. Casi nunca 3. Siempre 4. Casi siempre	Su estado de salud es el principal determinante de su participación en sus contextos mediatos.	
	41	El usuario presenta variaciones sociolingüísticas que influyen en la interacción comunicativa la interacción.	X				
			42	El entorno del adulto cuenta con factores ambientales que promueven la participación social		1. Nunca 2. Casi nunca 3. Siempre 4. Casi siempre	
		BARRERA/FACILITADORES	45	El entorno del adulto presenta barreras que afectan la participación social.		1. Actitudinales. 2. Ideológicas. 3. Físicas. 4. Familiares. 5. Sociales. 6. Temológicas. 7. Otros.	
	46		El entorno del adulto presenta facilitadores que promuevan la participación social.		1. Actitudinales. 2. Ideológicas. 3. Físicas. 4. Familiares. 5. Sociales. 6. Temológicas. 7. Otros.		

11. Adulto con afasia 8: Formato Instrumento no estandarizado ICINCOMAD, validado por jueces expertos en constructo y contenido.

III. MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE LAS DIMENSIONES, VARIABLES, ITEMS Y OPCIONES DE RESPUESTA.							
DIMENSIONES	VARIABLES	#	ITEM	OPCIÓN DE RESPUESTA			
				SI	NO	ALTERNATIVAS	CUAL/OBSERVACIONES/EVIDENCIA
INTRAPERSONAL	BIOLÓGICA	1	Presenta deficiencias en las funciones sensoriales de la audición y la visión que afectan la interacción verbal y no verbal.	X			<i>Presbicia y presbicia sía.</i>
		2	Presenta deficiencias físicas que dificultan la interacción mediante la modalidad no verbal, verbal oral y verbal escrita.			1. IV. Movilidad miembros superiores. 2. Movilidad miembros inferiores. 3. Movilidad en rostro. 4. Movilidad en cabeza. 5. Movilidad en estructuras para la producción de habla. 6. otro.	
	PSICOLÓGICA	3	Presenta alteraciones en procesos cognitivos que puedan afectar la interacción comunicativa.			1. Orientación (tiempo, persona, lugar). 2. Memoria a corto y largo plazo. 3. Atención y concentración. 4. Juicio y raciocinio. 5. otros.	
		5	Presenta un evidente deterioro cognitivo que dificulta la volición para la interacción con otros.	X			<i>Constantes cambios emocionales.</i>
		6	Presenta labilidad emocional que afecta la interacción con otros.	X			<i>Constantes cambios emocionales.</i>

	PSICOLINGÜÍSTICA	7	Presenta alteraciones comportamentales / conductuales en la autorregulación del adulto que afecten la interacción comunicativa.	X		<i>En ocasiones sus estados anímicos fluctuantes dificultan la interacción con otros, en los casos donde es agresiva.</i>
		8	Presenta signos lingüísticos patológicos que afectan la comprensión y/o expresión del lenguaje en la interacción.	X		
		9	Comprende y expresa palabras o frases que le son funcionales para suplir sus necesidades básicas en su contexto mediato.		X	
		10	Se evidencian alteraciones que afectan la comprensión impidiendo el cumplimiento de su rol de oyente durante la interacción en la modalidad verbal oral.	X		
		11	Se evidencian alteraciones que afectan la expresión impidiendo el cumplimiento del rol de hablante durante la interacción en la modalidad verbal oral.	X		
		12	Presenta dificultades en las características del habla (audibilidad inteligibilidad y naturalidad) que afectan la interacción comunicativa.		X	
INTERPERSONAL	CONTEXTUAL: MICROCONTEXTUAL	15	¿Cuáles modalidades comunicativas utiliza el interlocutor para comunicarse con el adulto?		1. Verbal oral. 2. Verbal escrita. 3. No verbal - corporal. 4. No verbal gestual. 5. CAA icónico.	
		16	¿Cuáles modalidades de comunicación utiliza el adulto para interactuar en su contexto mediato?		1. Verbal oral. 2. Verbal escrita. 3. No verbal - corporal. 4. No verbal gestual. 5. CAA icónico.	
		17	Durante la interacción los interlocutores utilizan estrategias no verbales para facilitar la interacción.		1. Nunca 2. Casi nunca 3. Siempre 4. <b>Casi siempre</b>	
		18	Durante la interacción los interlocutores utilizan estrategias verbales para facilitar la interacción.		1. Nunca 2. Casi nunca 3. Siempre 4. <b>Casi siempre</b>	

		19	Durante la interacción el usuario mantiene un rol activo en la interacción.			1. Nunca 2. Casi nunca 3. Siempre 4. Casi siempre	
		20	El adulto establece interacciones con diferentes interlocutores para expresar y comprender pensamientos, sentimientos y emociones.			1. Nunca 2. Casi nunca 3. Siempre 4. Casi siempre	<i>Especificar ¿Con quién/quiénes se establece las interacciones? Establece interacciones con su cuidador.</i>
		22	El adulto reconoce elementos del contexto y del interlocutor que le permite establecer interacciones comunicativas.			1. Nunca 2. Casi nunca 3. Siempre 4. Casi siempre	
		23	Adecua su discurso a la situación, contexto y/o situación.			1. Nunca 2. Casi nunca 3. Siempre 4. Casi siempre	<i>Especificar ¿en qué situación, contexto o situación no lo realiza? Debido al estado de demencia tipo Alzheimer, no se evidencia que la adulta adapte su discurso a situaciones y contextos.</i>
		24	Hace uso del espacio social y personal para comunicarse de acuerdo con el contexto, situación, e interlocutores.		X		
PRAGMÁTICA		25	Hace uso de normas socialmente establecidas (saludar, despedirse, elogiar).	X			
		26	Utiliza normas de interacción (organización social del discurso).		X		
		27	El adulto hace uso de normas pragmáticas teniendo en cuenta al interlocutor, la situación comunicativa y el contexto.		X		
		28	El interlocutor inicia una conversación proponiendo temas de conversación con el adulto.	X			
		29	El adulto y los interlocutores utilizan recursos en diferentes modalidades comunicativa que le permiten lograr la interacción comunicativa.	X			
		30	El adulto y los interlocutores utilizan estrategias verbales y no verbales para lograr la interacción comunicativa	X		1. Estrategias verbales. 2. Estrategias no verbales.	
ACTOS COMUNICATIVOS		31	Cumplen con actos interactivos con sus interlocutores.			1. Saludar. 2. Felicitar. 3. Agradecer. 4. Aceptar. 5. Despedirse. 6. Otros.	
		32	Cumplen con actos informativos con sus interlocutores tales.			1. Confirmación. 2. Afirmación. 3. Negación. 4. Nominación. 5. Pregunta. 6. Otros.	

		33	Cumple con actos expresivos tales como		1. Proeza. 2. Alegría. 3. Tristeza. 4. Duda. 5. Otros.	
		35	El interlocutor utiliza un turno colaborativo intentando completar el turno del adulto.		1. Nunca 2. Casi nunca 3. Siempre 4. Casi siempre	
		36	El interlocutor en conversaciones hace la esición conversacional (estado de invisibilización del adulto).		1. Nunca 2. Casi nunca 3. Siempre 4. Casi siempre	
		38	El interlocutor es quien inicia, mantiene y promueve la interacción, haciendo que el adulto tome un rol pasivo o sea un comunicador de réplica.		1. Nunca 2. Casi nunca 3. Siempre 4. Casi siempre	
SOCIOCULTURAL	PARTICIPACION	40	El usuario participa socialmente en el contexto mediato con sus interlocutores.		1. Nunca 2. Casi nunca 3. Siempre 4. Casi siempre	
		41	El usuario presenta variaciones sociolingüísticas que influyen en la interacción comunicativa la interacción.	X		
		42	El entorno del adulto cuenta con factores ambientales que promueven la participación social		1. Nunca 2. Casi nunca 3. Siempre 4. Casi siempre	<i>Los cuidadores de la adulta velan por que la adulta permanezca sentada en la sala todo el tiempo, allí se encargan de facilitarle la satisfacción de sus necesidades básicas.</i>
	BARRERA/FACILITADORES	45	El entorno del adulto presenta barreras que afectan la participación social.		1. Actitudinales. 2. Ideológicas. 3. Físicas. 4. Familiares. 5. Sociales. 6. Tecnológicas. 7. Otros.	
46		El entorno del adulto presenta facilitadores que promuevan la participación social.		1. Actitudinales. 2. Ideológicas. 3. Físicas. 4. Familiares. 5. Sociales. 6. Tecnológicas. 7. Otros.		

12. Adulto con afasia 9: Formato Instrumento no estandarizado ICINCOMAD, validado por jueces expertos en constructo y contenido.

III. MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE LAS DIMENSIONES, VARIABLES, ITEMS Y OPCIONES DE RESPUESTA.							
DIMENSIONES	VARIABLES	#	ITEM	OPCIONES DE RESPUESTA			
				SI	NO	ALTERNATIVAS	CUAL/OBSERVACIONES/EVIDENCIA
INTRAPERSONAL	BOLÓGICA	1	Presenta deficiencias en las funciones sensoriales de la audición y la visión que afectan la interacción verbal y no verbal.		X		
		2	Presenta deficiencias físicas que dificultan la interacción mediante la modalidad no verbal, verbal oral y verbal escrita.			1. IV. Movilidad de miembros superiores. 2. Movilidad miembros inferiores. 3. Movilidad en rostro. 4. Movilidad en cabeza. 5. Movilidad en estructuras para la producción de habla. 6. otro.	
	PSICOLÓGICA	3	Presenta alteraciones en procesos cognitivos que puedan afectar la interacción comunicativa.	X		1. Orientación (tiempo, persona, lugar). 2. Memoria a corto y largo plazo. 3. Atención y concentración. 4. Juicio y raciocinio. 5. otros.	<i>Se requiere prueba específica para establecerlo.</i>
		5	Presenta un evidente deterioro cognitivo que dificulta la volición para la interacción con otros.		X		
		6	Presenta labilidad emocional que afecta la interacción con otros.		X		

	PSICOLINGÜÍSTICA	7	Presenta alteraciones comportamentales / conductuales en la autorregulación del adulto que afecten la interacción comunicativa.	X		
		8	Presenta signos lingüísticos patológicos que afectan la comprensión y/o expresión del lenguaje en la interacción.	X		<i>Perseveración. ya que presenta tendencia a mantener y a repetir el mismo tipo de respuesta ante preguntas, situaciones o estímulos diferentes.</i>
		9	Comprende y expresa palabras o frases que le son funcionales para suplir sus necesidades básicas en su contexto mediato.	X		
		10	Se evidencian alteraciones que afectan la comprensión impidiendo el cumplimiento de su rol de oyente durante la interacción en la modalidad verbal oral.	X		
		11	Se evidencian alteraciones que afectan la expresión impidiendo el cumplimiento del rol de hablante durante la interacción en la modalidad verbal oral.	X		
		12	Presenta dificultades en las características del habla (audibilidad inteligibilidad y naturalidad) que afectan la interacción comunicativa.	X		
INTERPERSONAL	CONTEXTUAL: MICROCONTEXTUAL	15	¿Cuáles modalidades comunicativas utiliza el interlocutor para comunicarse con el adulto?		1. Verbal oral. 2. Verbal escrita. 3. No verbal - corporal. 4. No verbal gestual. 5. CAA icónico.	
		16	¿Cuáles modalidades de comunicación utiliza el adulto para interactuar en su contexto mediato?		1. Verbal oral. 2. Verbal escrita. 3. No verbal - corporal. 4. No verbal gestual. 5. CAA icónico.	<i>Algunas veces utiliza la no verbal con gestos y otras veces la verbal oral donde prevalece las perseveraciones.</i>
		17	Durante la interacción los interlocutores utilizan estrategias no verbales para facilitar la interacción.		1. Nunca 2. Casi nunca 3. Siempre 4. Casi siempre	
		18	Durante la interacción los interlocutores utilizan estrategias verbales para facilitar la interacción.		1. Nunca 2. Casi nunca 3. Siempre 4. Casi siempre	

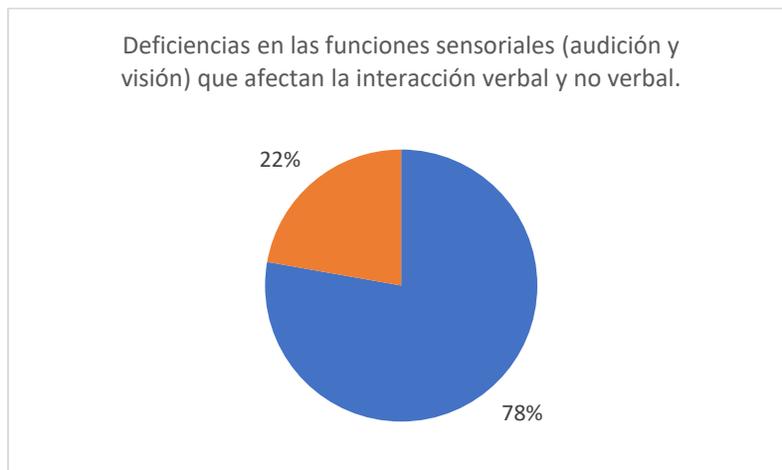
		19	Durante la interacción el adulto mantiene un rol activo en la interacción.		1. Nunca 2. Casi nunca 3. Siempre 4. Casi siempre	<p><i>Especificar ¿Con quién/ quienes se establece las interacciones? Las interacciones con la adulta están mediadas por el interlocutor completamente.</i></p> <p><i>Especificar ¿en que contexto o situación no lo realiza? En general en toda situación y contexto son escasas las respuestas verbales orales que realiza, y a nivel de no verbal gestual acude a la imitación del gesto que esta realiza el interlocutor para responder.</i></p>
		20	El adulto establece interacciones con diferentes interlocutores para expresar y comprender pensamientos, sentimientos y emociones.		1. Nunca 2. Casi nunca 3. Siempre 4. Casi siempre	
		22	El adulto reconoce elementos del contexto y del interlocutor que le permite establecer interacciones comunicativas.		1. Nunca 2. Casi nunca 3. Siempre 4. Casi siempre	
		23	Adecua su discurso a la situación, contexto y/o situación.		1. Nunca 2. Casi nunca 3. Siempre 4. Casi siempre	
		24	Hace uso del espacio social y personal para comunicarse de acuerdo con el contexto, situación, e interlocutores.	X		
PRAGMÁTICA		25	Hace uso de normas socialmente establecidas (saludar, despedirse, elogiar).	X		
		26	Utiliza normas de interacción (organización social del discurso).	X		
		27	El adulto hace uso de normas pragmáticas teniendo en cuenta al interlocutor, la situación comunicativa y el contexto.	X		
		28	El interlocutor inicia una conversación proponiendo temas de conversación con el adulto.	X		
		29	El adulto y los interlocutores utilizan recursos en diferentes modalidades comunicativa que le permiten lograr la interacción comunicativa.	X		
		30	El adulto y los interlocutores utilizan estrategias verbales y no verbales para lograr la interacción comunicativa		1. Estrategias verbales. 2. Estrategias no verbales.	<i>En ocasiones utilizan estrategias verbales y no verbales para cumplir el propósito comunicativo del interlocutor.</i>
ACTOS COMUNICATIVOS		31	Cumplen con actos interactivos con sus interlocutores.		1. Saludar. 2. Felicitar. 3. Agradecer. 4. Aceptar. 5. Despedirse. 6. Otros.	<i>Los actos son cumplidos por parte de los interlocutores.</i>
		32	Cumplen con actos informativos con sus interlocutores tales.		1. Confirmación. 2. Afirmación. 3. Negación. 4. Nominación.	<i>Los actos son cumplidos por parte de los interlocutores.</i>

		33	Cumple con actos expresivos tales como		5. Pregunta. 6. Otros. 1. Proeza. <b>2. Alegría.</b> 3. Tristeza. 4. Duda. 5. Otros.	<i>Los actos son cumplidos por parte de los interlocutores.</i>
		35	El interlocutor utiliza un turno colaborativo intentando completar el turno del adulto.		1. Nunca 2. Casi nunca <b>3. Siempre</b> 4. Casi siempre	
		36	El interlocutor en conversaciones hace la esición conversacional (estado de invisibilización del adulto).		1. Nunca 2. Casi nunca <b>3. Siempre</b> 4. Casi siempre	
		38	El interlocutor es quien inicia, mantiene y promueve la interacción, haciendo que el adulto tome un rol pasivo o sea un comunicador de réplica.		1. Nunca 2. Casi nunca <b>3. Siempre</b> 4. Casi siempre	
SOCIOCULTURAL	PARTICIPACION	40	El usuario participa socialmente en el contexto mediato con sus interlocutores.		<b>1. Nunca</b> 2. Casi nunca 3. Siempre 4. Casi siempre	
		41	El usuario presenta variaciones sociolingüísticas que influyen en la interacción comunicativa la interacción.	X		
		42	El entorno del adulto cuenta con factores ambientales que promueven la participación social		<b>1. Nunca</b> 2. Casi nunca 3. Siempre 4. Casi siempre	
	BARRERA/FACILITADORES	45	El entorno del adulto presenta barreras que afectan la participación social.		<b>1. Actitudinales.</b> <b>2. Ideológicas.</b> 3. Físicas. <b>4. Familiares.</b> 5. Sociales. <b>6. Temológicas.</b> 7. Otros.	
		46	El entorno del adulto presenta facilitadores que promuevan la participación social.	X	1. Actitudinales. 2. Ideológicas. 3. Físicas. 4. Familiares. 5. Sociales. 6. Temológicas. 7. Otros.	

13.Tabulación de resultados obtenidos gracias a la aplicación del instrumento ICINCOMAD a los adultos con sus interlocutores

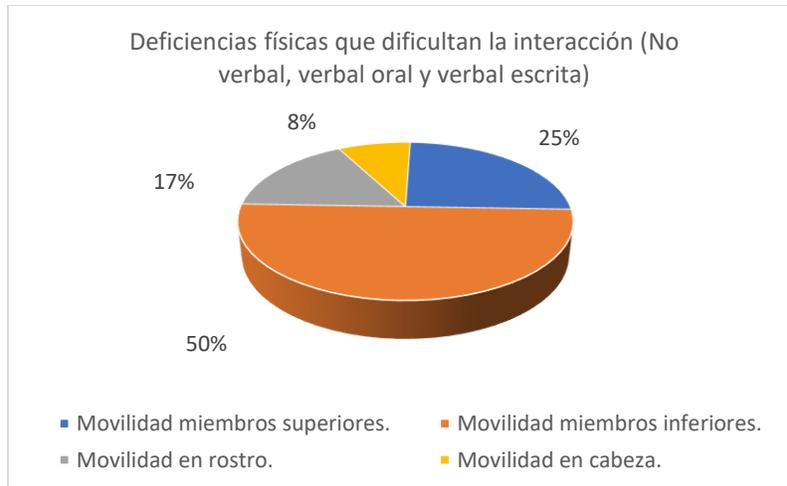
DIMENSIÓN INTRAPERSONAL

BIOLÓGICA



Fuente:

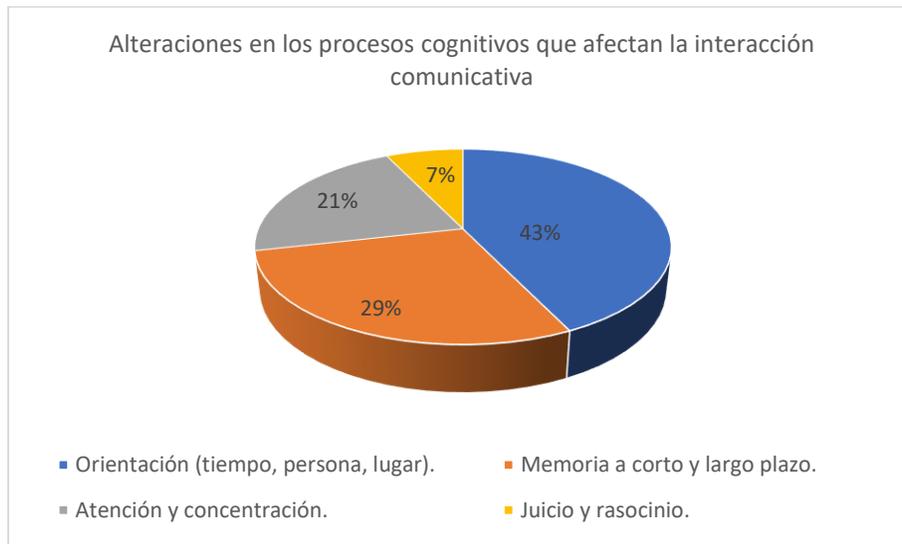
Deficiencias en las funciones sensoriales (audición y visión) que afectan la interacción verbal y no verbal.	
Si	7
No	2



Fuente:

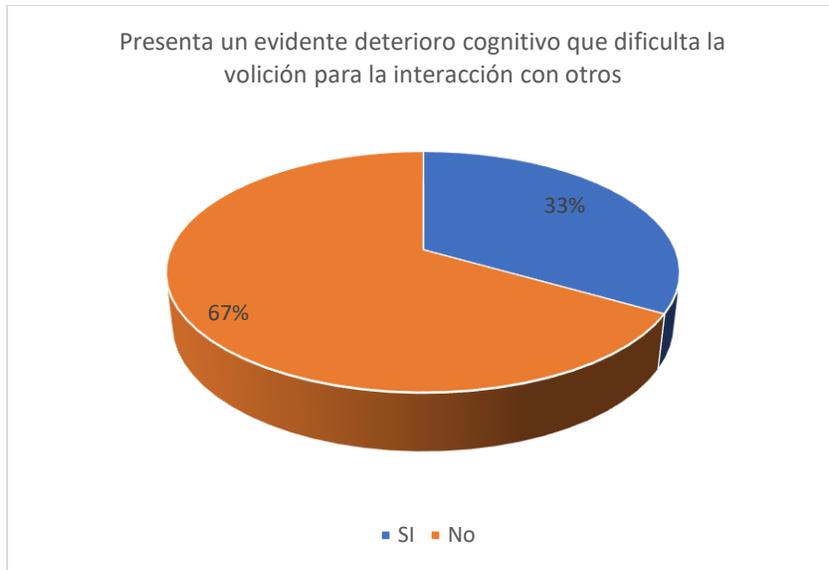
Deficiencias físicas que dificultan la interacción (No verbal, verbal oral y verbal escrita)	
Movilidad miembros superiores.	3
Movilidad miembros inferiores.	6
Movilidad en rostro.	2
Movilidad en cabeza.	1

PSICOLÓGICA



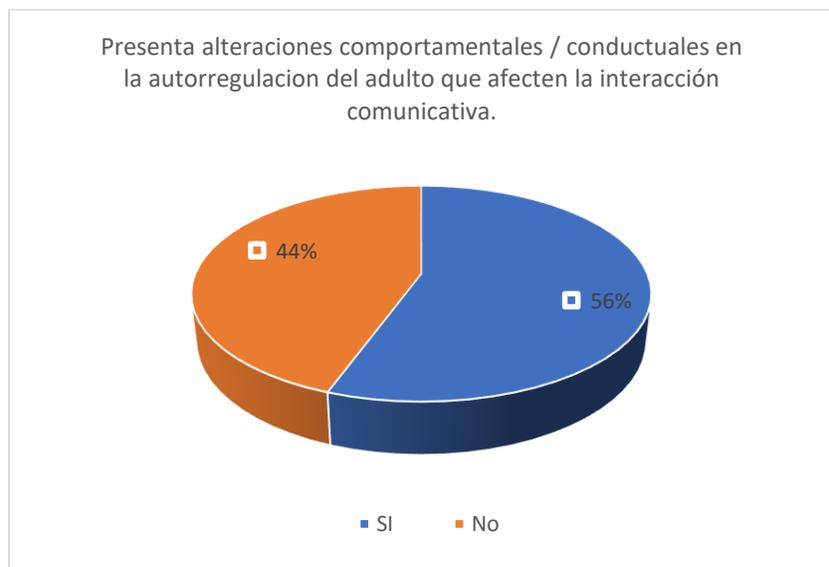
Fuente:

Alteraciones en los procesos cognitivos que afectan la interacción comunicativa.	
Orientación (tiempo, persona, lugar).	6
Memoria a corto y largo plazo.	4
Atención y concentración.	3
Juicio y raciocinio.	1



Fuente:

Presenta un evidente deterioro cognitivo que dificulta la volición para la interacción con otros.	
SI	3
No	6



Fuente:

Presenta alteraciones comportamentales / conductuales en la autorregulación del adulto que afecten la interacción comunicativa.	
Si	5
No	4

PSICOLINGÜÍSTICA



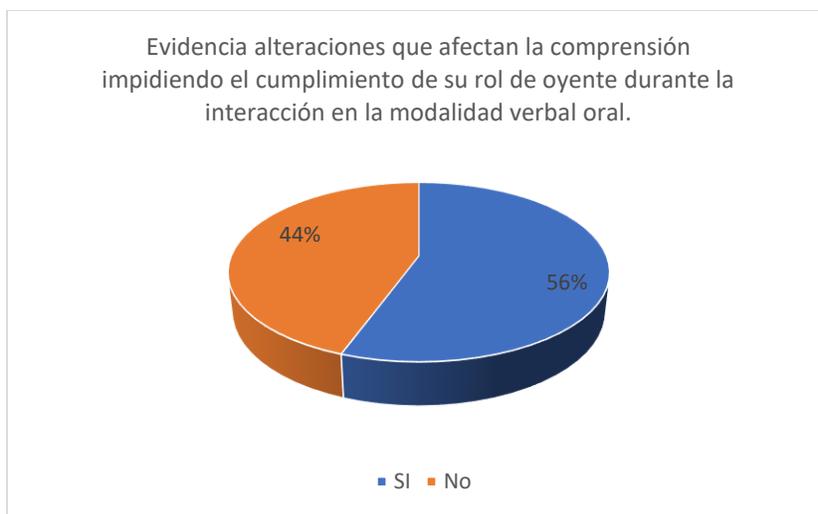
Fuente:

Presenta signos lingüísticos patológicos que afectan la comprensión y/o expresión del lenguaje en la interacción.	
SI	7
No	2



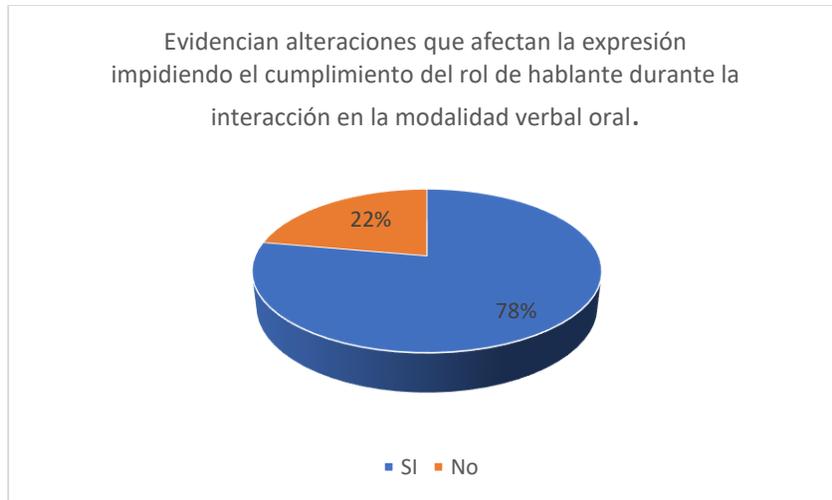
Fuente:

Comprende y expresa palabras o frases que le son funcionales para suplir sus necesidades básicas en su contexto mediato.	
SI	6
No	3



Fuente:

Evidencia alteraciones que afectan la comprensión impidiendo el cumplimiento de su rol de oyente durante la interacción en la modalidad verbal oral.	
SI	5
No	4



Fuente:

Evidencian alteraciones que afectan la expresión impidiendo el cumplimiento del rol de hablante durante la interacción en la modalidad verbal oral.	
SI	7
No	2

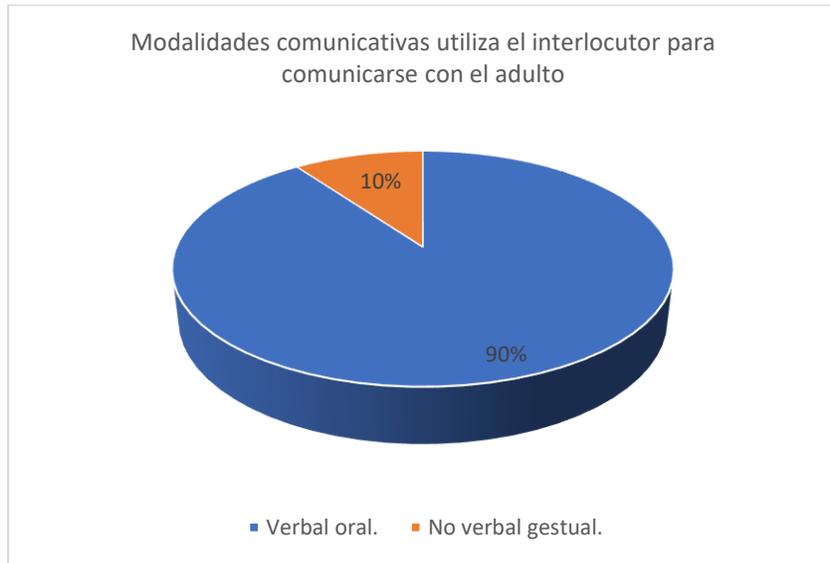


Fuente:

Presenta dificultades en las características del habla (audibilidad inteligibilidad y naturalidad) que afectan la interacción comunicativa.	
Si	4
No	5

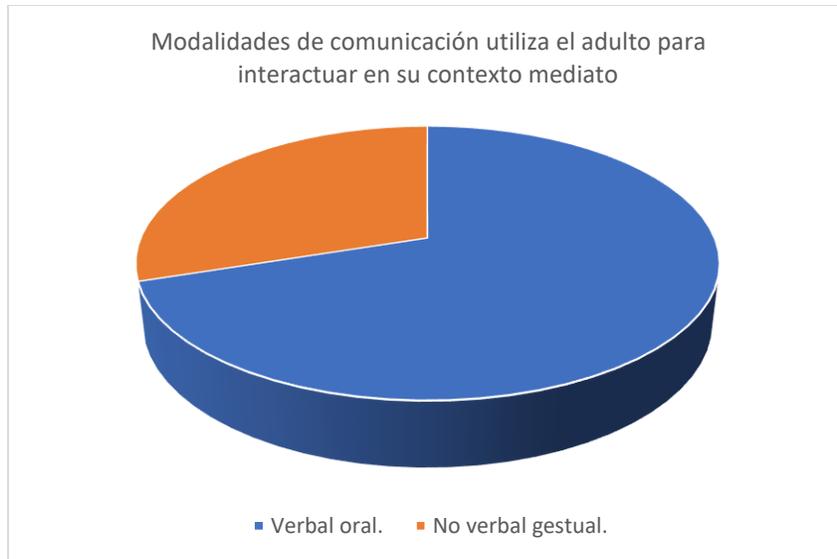
## DIMENSIÓN INTERPESONAL

### CONTEXTUAL: MICROCONTEXTUAL



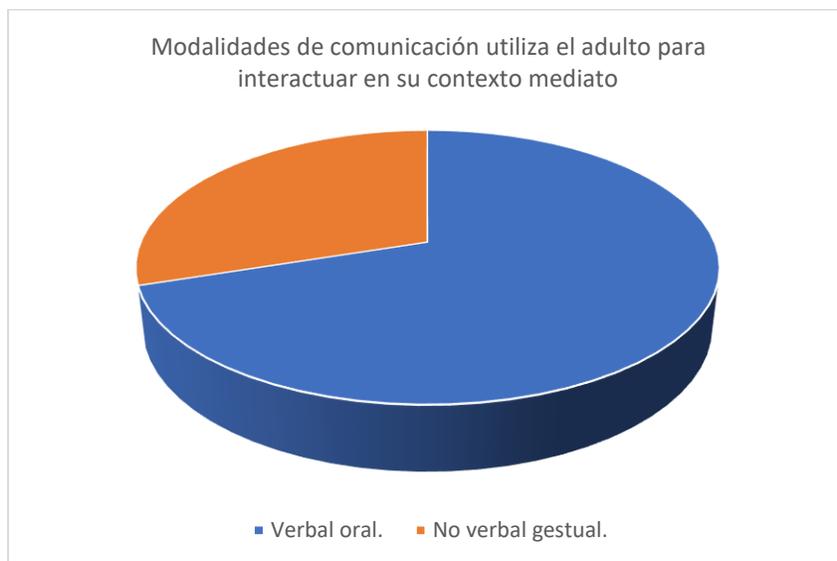
Fuente:

Modalidades comunicativas utiliza el interlocutor para comunicarse con el adulto	
Verbal oral.	9
No verbal gestual.	1



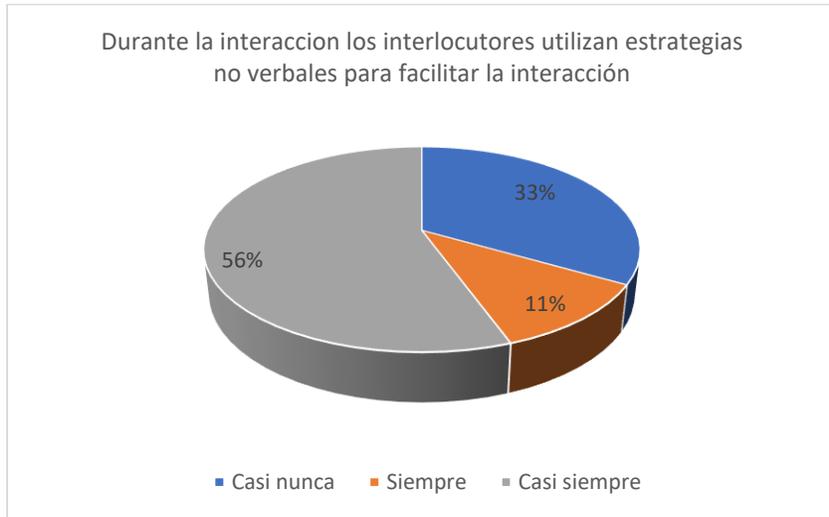
Fuente:

Modalidades comunicativas utiliza el interlocutor para comunicarse con el adulto	
Verbal oral.	9
No verbal gestual.	1



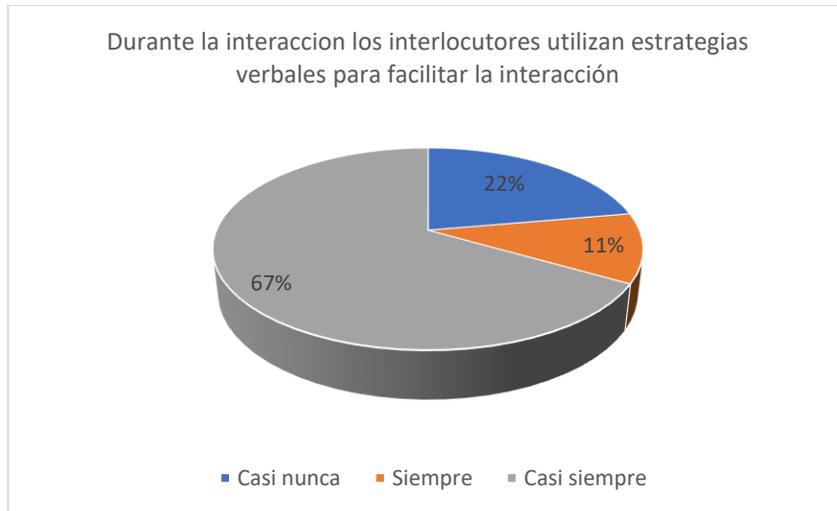
Fuente:

Modalidades de comunicación utiliza el adulto para interactuar en su contexto mediato	
Verbal oral.	7
No verbal gestual.	3



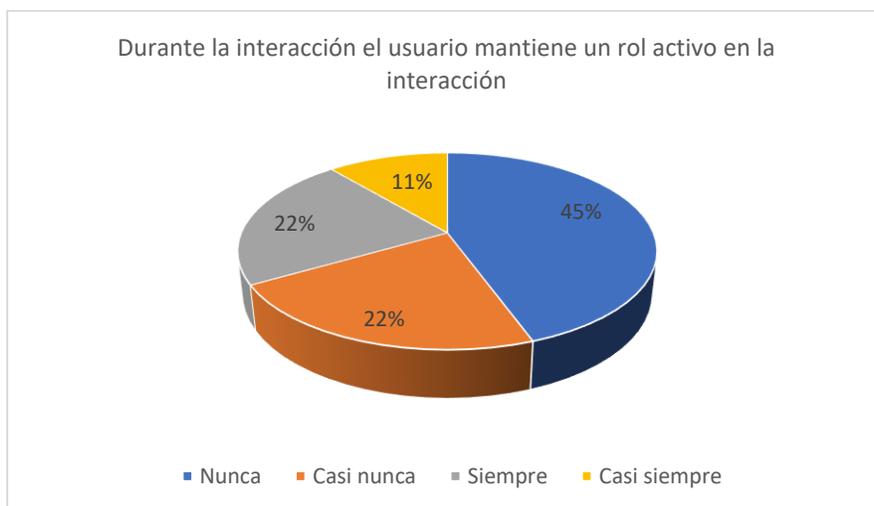
Fuente:

Durante la interacción los interlocutores utilizan estrategias no verbales para facilitar la interacción	
Casi nunca	3
Siempre	1
Casi siempre	5



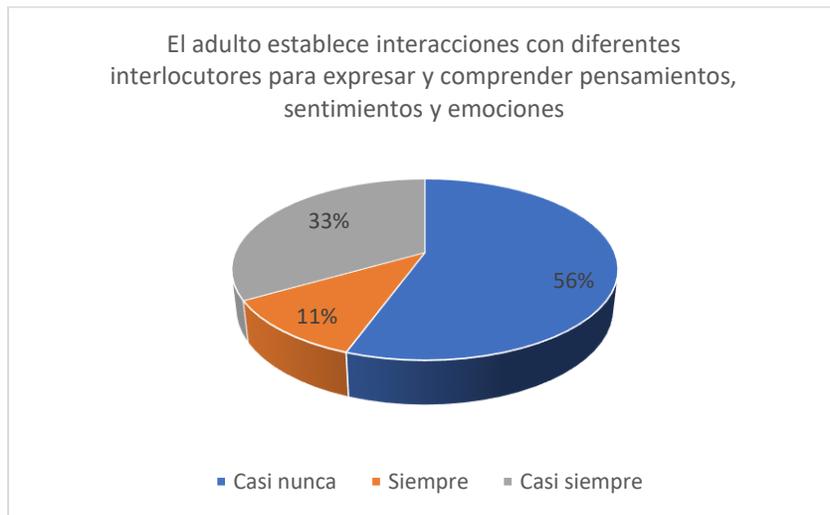
Fuente:

Durante la interacción los interlocutores utilizan estrategias verbales para facilitar la interacción	
Casi nunca	2
Siempre	1
Casi siempre	6



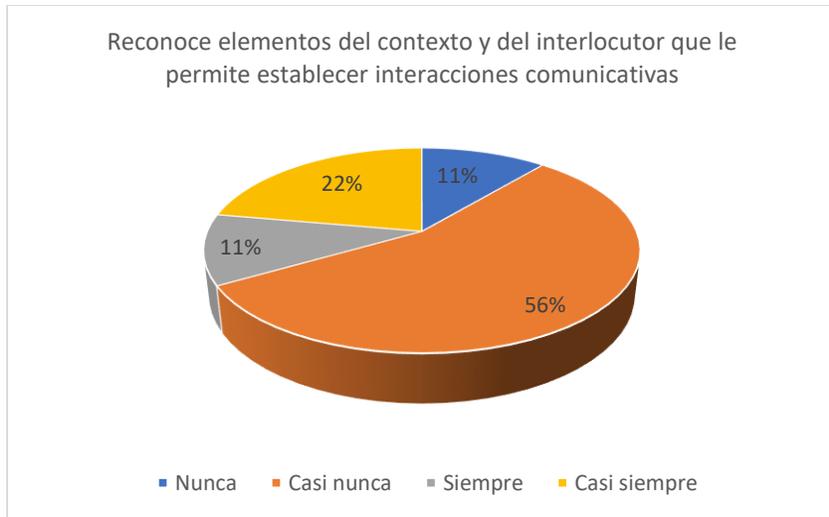
Fuente:

Durante la interacción el usuario mantiene un rol activo en la interacción	
Nunca	4
Casi nunca	2
Siempre	2
Casi siempre	1



Fuente:

El adulto establece interacciones con diferentes interlocutores para expresar y comprender pensamientos, sentimientos y emociones.	
Casi nunca	5
Siempre	1
Casi siempre	3



Fuente:

Reconoce elementos del contexto y del interlocutor que le permite establecer interacciones comunicativas	
Nunca	1
Casi nunca	5
Siempre	1
Casi siempre	2



Fuente:

Adecua su discurso a la situación, contexto y/o situación	
Nunca	2
Casi nunca	6
Casi siempre	1



Fuente:

Hace uso del espacio social y personal para comunicarse de acuerdo con el contexto, situación, e interlocutores	
SI	5
No	4

### PRAGMÁTICA



Fuente:

Hace uso de normas socialmente establecidas (saludar, despedirse, elogiar)	
SI	7
No	2



Fuente:

Utiliza normas de interacción (organización social del discurso)	
SI	4
No	5



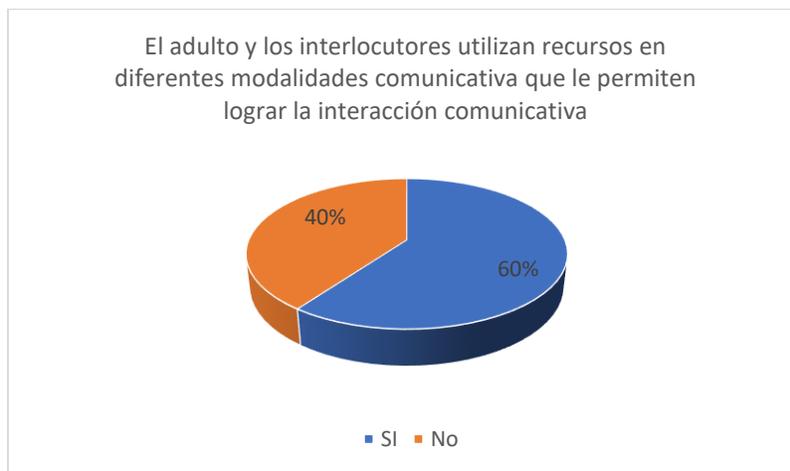
Fuente:

El adulto hace uso de normas pragmáticas teniendo en cuenta al interlocutor, la situación comunicativa y el contexto	
SI	3
No	6



Fuente:

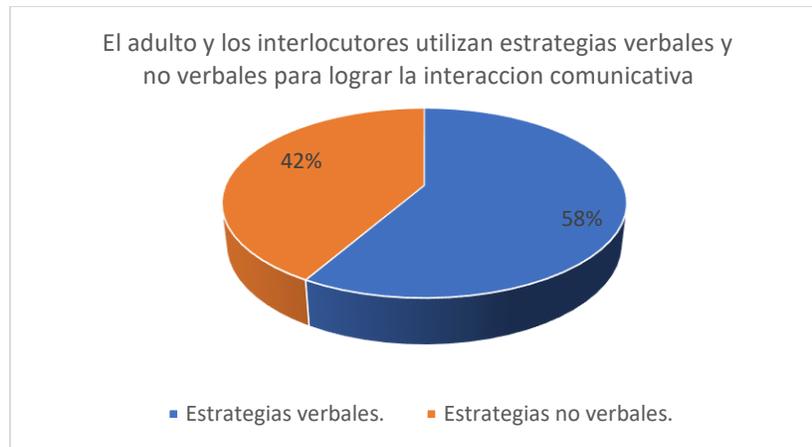
El interlocutor inicia una conversaci3n proponiendo temas de conversaci3n con el adulto.	
SI	7
No	2



Fuente:

El adulto y los interlocutores utilizan recursos en diferentes modalidades
--

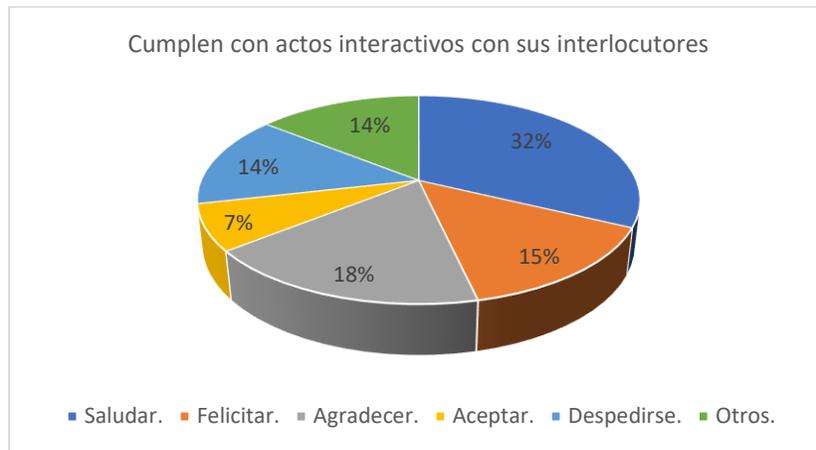
comunicativa que le permiten lograr la interacción comunicativa	
SI	6
No	4



Fuente:

El adulto y los interlocutores utilizan estrategias verbales y no verbales para lograr la interacción comunicativa	
Estrategias verbales.	7
Estrategias no verbales.	5

ACTOS COMUNICATIVOS



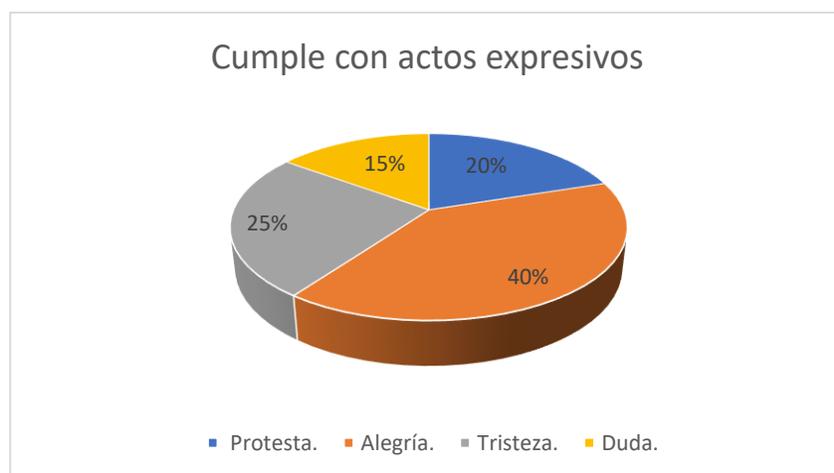
Fuente:

Cumplen con actos interactivos con sus interlocutores.	
Saludar.	9
Felicitar.	4
Agradecer.	5
Aceptar.	2
Despedirse.	4
Otros.	4



Fuente:

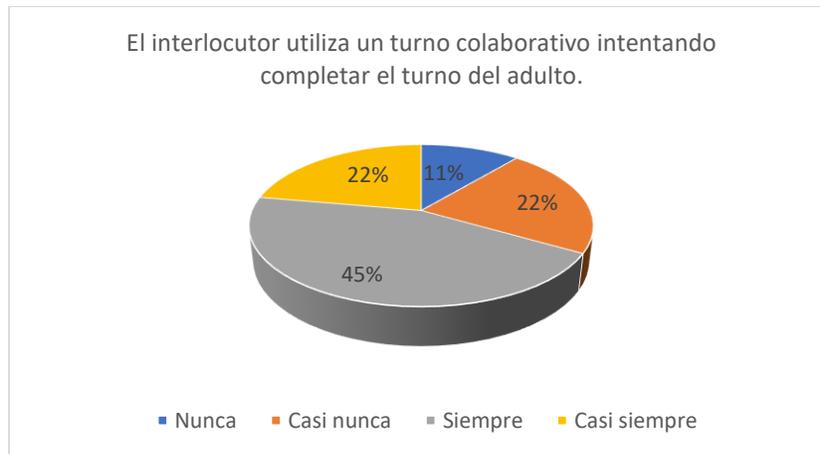
Cumplen con actos informativos con sus interlocutores tales	
Confirmación.	4
Afirmación.	8
Negación.	7
Nominación.	4
Pregunta.	3



Fuente:

Cumple con actos expresivos.
------------------------------

Protesta.	4
Alegría.	8
Tristeza.	5
Duda.	3



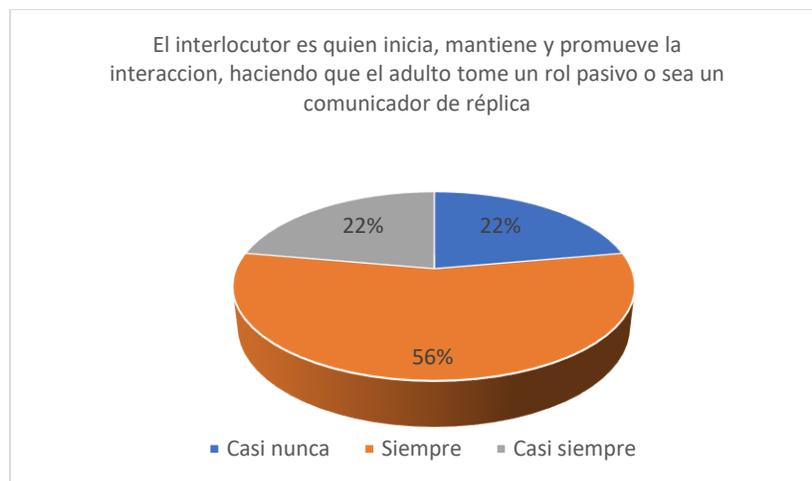
Fuente:

El interlocutor utiliza un turno colaborativo intentando completar el turno del adulto.	
Nunca	1
Casi nunca	2
Siempre	4
Casi siempre	2



Fuente:

El interlocutor en conversaciones hace la esición conversacional (estado de invisibilización del adulto)	
Casi nunca	4
Siempre	3
Casi siempre	2



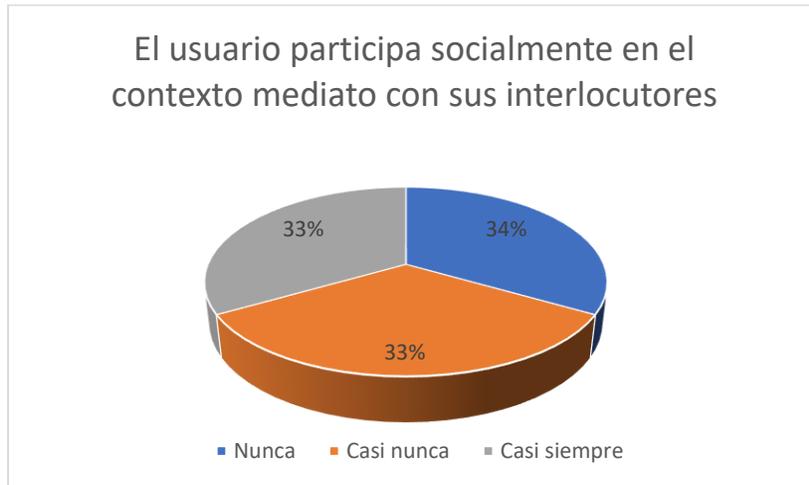
Fuente:

El interlocutor es quien inicia, mantiene y promueve la interacción, haciendo
---

que el adulto tome un rol pasivo o sea un comunicador de réplica	
Casi nunca	2
Siempre	5
Casi siempre	2

SOCIOCULTURAL

PARTICIPACION



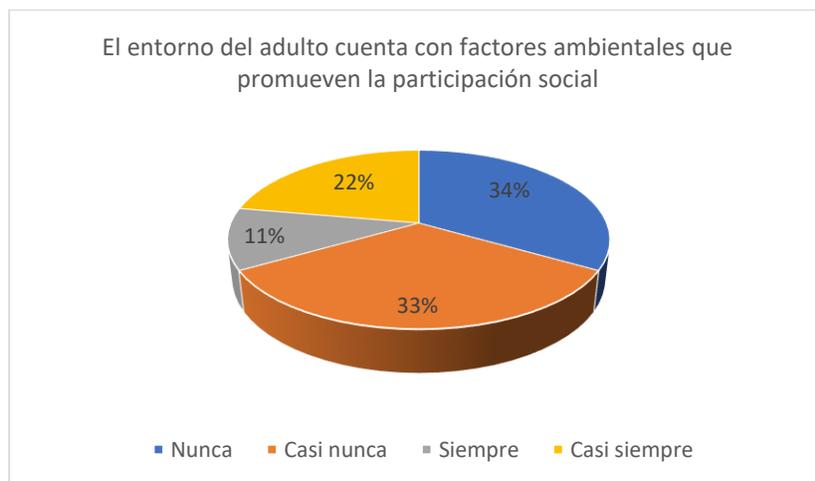
Fuente:

El usuario participa socialmente en el contexto mediato con sus interlocutores	
Nunca	3
Casi nunca	3
Casi siempre	3



Fuente:

El usuario presenta variaciones sociolingüísticas que influyen en la interacción comunicativa la interacción	
SI	0
No	9

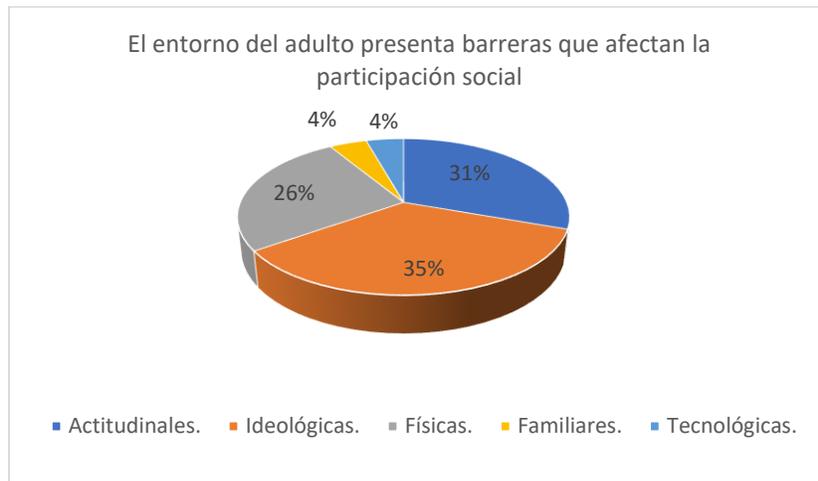


Fuente:

El entorno del adulto cuenta con factores ambientales que promueven la participación social	
Nunca	34
Casi nunca	33
Siempre	11
Casi siempre	22

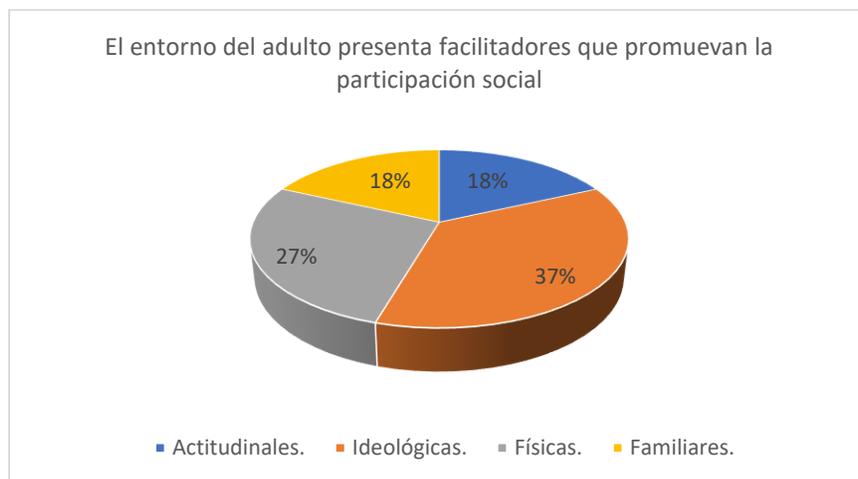
Nunca	3
Casi nunca	3
Siempre	1
Casi siempre	2

BARRERA/FACILITADORES



Fuente:

El entorno del adulto presenta barreras que afectan la participación social	
Actitudinales.	7
Ideológicas.	8
Físicas.	6
Familiares.	1
Tecnológicas.	1



Fuente:

El entorno del adulto presenta facilitadores que promuevan la participación social.	
Actitudinales.	2
Ideológicas.	4
Físicas.	3
Familiares.	2