



**ESTRATEGIAS DIDÁCTICAS EN COMUNICACIÓN NO VERBAL  
PARA EL CUIDADOR DEL ADULTO MAYOR**

**Julián Andrés Rodríguez Díaz**

**Universidad Santiago de Cali**

**Maestría en Educación**

**Cali, 8 de Abril del 2019**

**ESTRATEGIAS DIDÁCTICAS, EN COMUNICACIÓN NO VERBAL,  
PARA EL CUIDADOR DEL ADULTO MAYOR**

**Línea de investigación: Discurso, lenguaje y políticas de plurilingüismo**

**Grupo de investigación Ciencias del Lenguaje**



**Julián Andrés Rodríguez Díaz**

**Trabajo de grado realizado para obtener el título de**

**Maestría en Educación**

**Asesora**

**Gladys Zamudio Tobar**

**Universidad Santiago de Cali**

**Cali, 8 de Abril del 2019**

## Resumen

Esta investigación contribuye al mejoramiento de la comunicación entre el cuidador y su paciente para brindar una atención en salud más segura y confiable (Hamui, Sutton, Varela Ruiz, Ortiz Montalvo y Torruco García, 2015). El diseño metodológico se planteó desde un paradigma hermenéutico interpretacionista con un enfoque cualitativo - que utiliza como método la observación participante- lo cual facilita el cumplimiento del objetivo general que consiste en proponer una estrategia didáctica de comunicación no verbal dirigida a los cuidadores de los adultos mayores. Este ejercicio investigativo se llevó a cabo en 3 hogares geriátricos de Cali con una muestra de 7 cuidadores o auxiliares y 12 personas de la tercera edad. Los objetivos específicos son: caracterizar a los cuidadores de los adultos mayores con funcionalidad osteomuscular, que limita el movimiento de MMII (miembros inferiores) y/o con restricciones (según CIF, B710, p. 121); determinar la relación entre la comunicación no verbal de los adultos mayores y la patología especificada antes; identificar la pragmática del lenguaje no verbal tanto en los cuidadores del adulto mayor como en el contexto de los hogares geriátricos. El último objetivo específico es diseñar estrategias didácticas que fortalezcan la comunicación no verbal en los cuidadores de pacientes de la tercera edad. Dichas estrategias se elaboraron a partir de las debilidades halladas -como el desconocimiento de los conceptos, códigos y usos del lenguaje no verbal- y de las interpretaciones emanadas del ejercicio de observación y participación del investigador en las actividades realizadas al interior de los hogares. Esta propuesta, una vez implementada con los auxiliares del área de la salud, favorece las relaciones interpersonales como resultado del fortalecimiento educativo para desempeñarse de forma adecuada en dicho contexto.

**Palabras clave**

Comunicación no verbal, estrategia didáctica, adulto mayor y cuidador.

**Abstract**

This research contributes to the improvement of the quality of life of the elderly with hip pathologies, through the qualification of caregivers, around non-verbal communication. Therefore, from a hermeneutic interpretive paradigm and with a qualitative approach - which uses participant observation as a method- the general objective consists in proposing a didactic strategy in nonverbal communication for caregivers of elderly patients with hip pathologies. This was carried out in 3 geriatric homes in Cali with a sample of 7 caregivers and 12 elderly people. The specific objectives, are: to characterize the caregivers of the elderly with hip pathologies; determine the relationship between the nonverbal communication of the elderly and the hip pathologies that they suffer; to identify the pragmatic of nonverbal language both in the caregivers of the older adult and in the context and, the last, to design teaching strategies that strengthen non-verbal communication in the caregivers of elderly patients. These strategies were elaborate based on the weaknesses found -such as the ignorance of the concepts, codes and uses of non-verbal language- and of the exercise of observation and participation of the researcher in the activities carried out within homes. This proposal, once implemented with the auxiliaries of the health area, favors interpersonal relationships and, therefore, improves their quality of life and that of the elderly.

**Keywords**

Non-verbal communication, didactic strategy, older adult, caregiver, hip pathology.

**Tabla de contenido**

<b>Capítulo 1: Introducción</b>	<b>10</b>
<b>Antecedentes</b>	<b>11</b>
<b>1.1 Descripción del problema</b>	<b>15</b>
<b>1.2 Justificación del problema</b>	<b>20</b>
<b>1.3 Objetivos del estudio</b>	<b>21</b>
<b>1.4 Pregunta(s) de investigación</b>	<b>22</b>
<b>1.5 Relevancia del estudio</b>	<b>22</b>
<b>1.6 Limitaciones del estudio</b>	<b>22</b>
<b>1.7 Definición de conceptos importantes</b>	<b>23</b>
<b>Capítulo 2: Metodología</b>	<b>49</b>
<b>2.1 Introducción (Diseño del estudio y paradigma de investigación)</b>	<b>49</b>
<b>2.2 Contexto</b>	<b>49</b>
<b>2.2.1 País</b>	<b>49</b>
<b>2.2.2 Ciudad</b>	<b>49</b>
<b>2.3 Participantes</b>	<b>49</b>
<b>2.3.1 Lugar de investigación</b>	<b>49</b>

<b>2.3.2 Sujetos</b>	<b>49</b>
<b>2.4 Recolección de datos</b>	<b>49</b>
<b>2.4.1 Instrumento 1</b>	<b>50</b>
<b>2.4.2 Instrumento 2</b>	<b>50</b>
<b>2.4.3 Instrumento 3</b>	<b>50</b>
<b>2.4.4 Instrumento 4</b>	<b>50</b>
<b>2.4.5 Instrumento</b>	<b>50</b>
<b>2.5 Validez</b>	<b>50</b>
<b>2.5.1 Datos cualitativos</b>	<b>50</b>
<b>2.6 Ética</b>	<b>50</b>
<b>2.7 Calendario de actividades</b>	<b>51</b>
<b>Capítulo 3: Hallazgos (y discusión)</b>	<b>53</b>
<b>3.1 Categoría 1</b>	<b>133</b>
<b>3.1.1 subcategoría 1</b>	<b>133</b>
<b>3.1.2 subcategoría 2</b>	<b>133</b>
<b>3.1.2 subcategoría 3</b>	<b>134</b>
<b>3.1.2 subcategoría 4</b>	<b>134</b>
<b>3.2 Categoría 2</b>	<b>135</b>

<b>3.3 Categoría 3</b>	<b>133</b>
<b>3.3.1 subcategoría 1</b>	<b>133</b>
<b>3.3.2 subcategoría 2</b>	<b>133</b>
<b>3.3.3 subcategoría 3</b>	<b>134</b>
<b>3.3.4 subcategoría 4</b>	<b>134</b>
<b>Capítulo 4: Conclusiones e implicaciones</b>	<b>135</b>
<b>4.1 Conclusiones expresadas en forma narrativa, respecto a cada categoría</b>	<b>136</b>
<b>4.1.1 Conclusiones derivadas</b>	<b>137</b>
<b>4.1.2 Conclusiones derivadas</b>	<b>137</b>
<b>4.2 Implicaciones para el campo de saber</b>	<b>137</b>
<b>4.2.1 implicaciones derivadas</b>	<b>138</b>
<b>4.2.2 implicaciones derivadas</b>	<b>138</b>
<b>4.3 Implicaciones para la investigación.</b>	<b>138</b>
<b>4.3.1 implicaciones derivadas</b>	<b>138</b>
<b>4.3.2 implicaciones derivadas</b>	<b>139</b>
<b>Bibliografía</b>	<b>139</b>
<b>Lista de tablas</b>	
Tabla 1.	53
Tabla 2.	62-68

Tabla 3.	69
Tabla 4.	72-73
Tabla 5.	74-77
Tabla 6.	83-90
Tabla 7.	107-108
Tabla 8.	108
<b>Lista de anexos</b>	<b>146</b>
Anexo 1.	146
Anexo 2.	151
Anexo 3.	155
Anexo 4.	146
Anexo 5.	158
Anexo 6.	163
Anexo 7.	165
Anexo 8.	168
Anexo 9.	168
Anexo 10.	170
Anexo 11.	171
Anexo 12	172
Anexo 13	172



## Capítulo 1: Introducción

El presente trabajo da a conocer el lenguaje y la comunicación no verbal como una herramienta que juega un papel relevante en el cuidador del adulto mayor con dificultades de la funcionalidad osteomuscular de cadera para, de esta manera, proponer algunas estrategias didácticas concernientes a este tipo de interacción.

La comprensión de dicho lenguaje se convierte en un factor positivo para quienes interactúan con las otras personas, pero más aún, con las que pertenecen a la tercera edad que presentan funcionalidad osteomuscular que limita el movimiento de MMII y / o con restricciones (B710, según CIF, en OMS, 2001, p. 121). En este sentido, los códigos gestuales, kinésicos, proxémicos y paralingüísticos facilitan las intervenciones y el cuidado de ellas.

Desde el inicio del desarrollo del ser humano, los seres vivos se ven en la necesidad de interactuar con otros semejantes para lo cual hacen uso del lenguaje en la extensión de la palabra. A medida que se crece en años, esta comunicación se va perfeccionando para lo cual se hace uso de diferentes herramientas como son los gestos y movimientos del cuerpo; estos códigos se complementan con el lenguaje hablado.

En esta investigación se plantean diferentes características que componen el lenguaje no verbal en el adulto mayor, quien se encuentra alterado por un deterioro natural por envejecimiento; en él, además, se manifiestan, entre otras enfermedades, por ejemplo de funcionalidad osteomuscular que limite el funcionamiento de los MMII y/o restricciones, impidiendo la realización de las actividades de la vida diaria. El aporte de la educación ofrecida al cuidador, mediante estrategias didácticas se convierte en una oportunidad para reducir la

dependencia del adulto mayor gracias a la comprensión de la pragmática de sus interacciones comunicativas.

Un valor agregado del mismo, son los aportes de generación de nuevo conocimiento, teniendo en cuenta las pocas referencias bibliográficas y antecedentes hallados, con respecto a este tema. Adicionalmente, esta investigación es importante porque se trata de correlacionar tres disciplinas del conocimiento como son las ciencias sociales, las ciencias del lenguaje y las ciencias naturales para crear precedentes investigativos acerca del problema planteado, muy común en los pacientes de la tercera edad -con B720, según CIF (OMS, 2001)- al interior de las casas u hogares geriátricos donde estos residen (Guevara-Peña, 2016).

Por lo tanto, esta investigación de la Maestría en Educación propone diseñar algunas estrategias didácticas para enseñar a los cuidadores una interpretación más acertada de los códigos no verbales de sus pacientes, adultos mayores, para lograr unas prácticas seguras y confiables.

### **Antecedentes**

Con la presente investigación que tiene como finalidad la profundización se hace referencia a dos antecedentes internacionales; uno de ellos es “Promoción humana en el envejecimiento. Una experiencia de orientación gerontológica”, realizado en Venezuela en Julio del 2002.

Esta investigación fue realizada por Jeannette Márquez y Luis E. Meléndez -de la Universidad de Zulia, Facultad de Humanidades y Educación, Maracaibo- cuya metodología consistió en la aplicación de talleres y conversaciones con los ancianos y el personal que labora

en instituciones geriátricas, lo cual se realizó con un grupo de ancianos de zonas urbanas de Venezuela. Ellos manifestaron que debe haber un conocimiento acerca de cómo es el envejecimiento y cómo se puede ayudar en gran parte a que estas personas conozcan el tema para mejorar la calidad de vida de estos.

Como aporte sustancial a esta investigación es importante resaltar el trabajo interdisciplinario del adulto mayor -y más- en estado de indefensión o analfabetismo. Otro asunto para destacar en esta indagación es cómo por medio de un conocimiento básico acerca de lo que es la vejez se da un cambio trascendente en la mentalidad tanto en los adultos mayores como en el personal que los atiende. Adicionalmente, queda claro que el tema biopsicosocial ha sido poco abordado.

Otro antecedente internacional, relevante por ser de corte cualitativo, es “El cuidado a los ancianos: las valoraciones en torno al cuidado no familiar”, realizado en México en el 2008, su objetivo de investigación es el identificar las valoraciones y la naturaleza de las razones aducidas en torno al cuidado, desde la perspectiva de los ancianos residentes en comunidad.

Esta indagación fue realizada por Leticia Robles Silva, Elba Karina Vázquez-Garnica, en cuatro estados de México: Chiapas, Guanajuato, Veracruz y Jalisco. Este trabajo investigativo fue realizado con adultos mayores, de la ciudad y de zonas rurales, con poca capacidad económica.

El diseño metodológico se realizó desde un análisis cualitativo, en diferentes escenarios de atención al adulto mayor, entre el 2002 y 2004, se utilizó una muestra de estudio de 92 adultos mayores. Los autores pretendían dar respuesta, a cuáles son las consecuencias de hospitalización del adulto mayor al interior de los hogares geriátricos y el conocer por parte del

mismo anciano el por qué se le interna en estos sitios, el conocer las razones por las cuales se les interno, así como las percepciones que tenían de sí mismo frente a su rol familiar.

No obstante, el adulto mayor debe tener una buena calidad de vida tanto psicosocial como afectiva y digna para los cuidados personales. Los asilos no son el mejor medio de cuidado para ellos y todos manifiestan que llegar allí puede causarles la muerte por falta de afecto o abandono. Aquí se plantean políticas de calidad o alternativas de qué tan viable es controlar u ofrecer hogares geriátricos dignos con supervisión del estado o un órgano regulador.

Otro antecedente internacional se titula “Estrategias de comunicación no verbal para mejorar los procesos de enseñanza del aprendizaje de la lengua española”, realizado en la Universidad Internacional de la Rioja en febrero del 2016, donde cuyo objetivo principal es diseñar una propuesta didáctica que involucra estrategias de comunicación no verbal dentro de los procesos de enseñanza aprendizaje de la lengua española al interior de las aulas de clases, en estudiantes universitarios de nivel B1 procedente de Francia, Inglaterra, Barbados y China. Esta indagación fue realizada por André René Contreras Roa en la ciudad Pamplona norte de Santander-Colombia con alumnos extranjeros de los primeros semestres. Su diseño metodológico se basa en la didáctica, y tuvo como resultado, la utilización del lenguaje no verbal como medio de enseñanza del idioma español en los salones de clases, por lo cual se deja como resultado un plan de currículum con base en talleres los cuales implementan la pragmática del lenguaje no verbal como medio para el aprendizaje del español.

Como aporte importante, la presente investigación reconoce la pragmática del lenguaje no verbal en la educación, característica similar con la presente investigación ya que en ambos trabajos la didáctica es el tema principal, con el cual, por medio de ejercicios, mesas redondas,

talleres, representaciones de roles y obras de teatros tanto el adulto mayor como el cuidador conocen sus debilidades al momento de aprender. Así mismo, al saber que está fallando, se le motiva al estudiante por medio de uso correcto del lenguaje no verbal al momento de la interlocución con el anciano para fortalecer así lo gestual, kinésico, paralenguaje y proxémico, mejorando así su desempeño laboral al interior de un hogar geriátrico.

De otro lado, en el ámbito nacional se exponen dos antecedentes, el primero de ellos concerniente a la funcionalidad con limitación y / o restricción del movimiento de MMII y cómo debe de ser tratado el tema de relaciones interpersonales en salud –paciente adulto mayor; por lo tanto, surge la investigación, “Olvido de los fenómenos psicológicos en la relación médico-paciente anciano”, realizada en Cali –Colombia en el año 1998. Esta investigación tiene como objetivo la interrelación médico paciente. Los autores de este trabajo son: Carlos A. Reyes-Ortiz, Sylvia Gheorghiu y Thomas Mulligan. Metodológicamente se consultan 367 artículos de Mediline desde el año 1966 -1995, donde se toman en cuenta una serie de características psicológicas acerca de la empatía entre el adulto mayor y el médico e identificar las manifestaciones de empatía en la intervención.

Como resultado de esta investigación, se tiene que por medio del lenguaje no verbal el médico puede llegar a entender al adulto mayor en lo expresado, siendo una parte fundamental el destacar el buen trato que debe haber tanto en el emisor como en el receptor y la importancia de utilizar otros canales de comunicación como el lenguaje no verbal en dicha intervención.

El lenguaje no verbal también es estudiado en la investigación: “Efecto de la implementación de un programa de estimulación cognitiva en una población de adultos mayores institucionalizados en la ciudad de Bogotá, Colombia”, el cual se realizó en Bogotá-Colombia en

Julio del 2016. El objetivo de este estudio realizado por Fabio Vega Rozo, Oscar Rodríguez, Zulay Montenegro y Carlos Dorado es estimular cognitivamente por pruebas, a un grupo de adultos mayores con patologías y sin ellas.

Esta investigación es un estudio comparativo descriptivo y cuasi experimental realizado en Bogotá. La población de estudio estuvo formada por 180 adultos mayores, quienes residen en las dos sedes del ancianato “Mi Casa Hermanitas de los Pobres”, ubicadas en la Ciudad de Bogotá. Los resultados obtenidos apuntaron hacia el mejoramiento del desempeño en actividades de raciocinio, en los adultos mayores, mediante estrategias lúdicas.

Estos ejercicios son ejemplos importantes para el diseño de las estrategias didácticas con los cuidadores primarios acerca del uso del lenguaje no verbal en el contexto de los hogares geriátricos.

## **1. Descripción del Problema**

Este trabajo investigativo plantea la relevancia de enseñar a los cuidadores de los adultos mayores el lenguaje no verbal en el contexto de los hogares geriátricos. Esto sirve como fundamento para el cuidado de los ancianos con B710 (según la CIF, en OMS, 2001) con el fin de mejorar las intervenciones y dignificar su calidad de vida. Esto por cuanto el acto comunicativo permite la interacción con otras personas, donde la oralidad es la más común; en ella intervienen diversos factores como el lenguaje no verbal y, en algunas ocasiones, se ve alterada por patologías mentales, generalmente presentadas por procesos naturales de envejecimiento, como consecuencia de su ubicación en espacios físicos y temporales no aptos a las condiciones de su edad.

Pues bien, aun sin pensar en todos los sistemas verbales, tanto el discurso como actividad verbal (lenguaje)- no verbal (paralenguaje y kinesis) como la proxemia (las distancias y el contacto físico interpersonales y con el medio ambiente) y la cronemia (nuestro concepto y actitudes respecto al tiempo que manejamos diariamente) pueden utilizarse positivamente o negativamente. Entonces, si nuestro estudio sistemático y progresivo de estos fenómenos comunicativos básicos agudiza nuestra sensibilidad hacia todo lo no verbal en las personas y en las cosas, está en nosotros el decidir en cuál de esas dos formas queremos utilizar nuestras “habilidades” emisoras y receptoras no verbales. (Poyatos, 1994, p. 20).

En ese sentido, no necesariamente quien implementa la comunicación no verbal busca una mejor comunicación con su interlocutor. El uso eficiente de gestos, movimientos, posturas, acercamientos, se espera, que esté motivado por acciones conscientes e intencionales de querer propiciar en el otro bienestar. En el caso de los hogares geriátricos es una decisión del cuidador aprender una comunicación más adecuada y proactiva en el paciente de tercera edad, en el desempeño de las actividades de la vida diaria; de esta manera logra tener empatía con el mismo.

Es importante observar el comportamiento no verbal de los pacientes desde el momento mismo de su ingreso al consultorio, hasta que tome asiento y, de esa manera, por medio de una interpretación de esos movimientos en ellos, reconocer cómo es su forma de comunicarse, teniendo en cuenta el primero de los axiomas de Watzlawick (1967), quien hace referencia a que todo comportamiento en el ser humano comunica; inclusive cuando hay silencio, se está queriendo decir algo a su receptor.

Es de esta forma como la comunicación (Cantillo, 2014) es todo acto de expresar lo que se quiere decir ya sea por medio del habla o por los mismos gestos y se presenta desde la gestación misma hasta la muerte. Es así como el adulto mayor se da a entender al momento de

ingresar a la valoración con el agente interventor en salud, pero muchos de ellos, debido a la pérdida cognoscitiva, se comunican con lenguaje no verbal, por ejemplo, gestos.

La Organización Mundial de la Salud, con respecto a la valoración del adulto mayor plantea lo siguiente: “La valoración del adulto mayor depende de un equipo interdisciplinario el cual diagnostica a nivel funcional las capacidades de este, se deberá tratar al paciente con todo el respeto posible de manera individual a cada persona sin tecnicismos propios y no será rígido dicho examen” (OMS, 1997, p.7).

Además de llevar a cabo el cuidado de la salud, se debe atender a los ancianos con respeto para que sientan seguridad y que las acciones sean más confiables y humanas. De esta manera, al momento de dirigirse al adulto mayor habrá que mantener un contacto visual con el mismo. Al observar por medio de un lenguaje claro o adecuado y, según el nivel de estudios que el paciente tenga, se percibe cómo se desenvuelve en todas las esferas de la vida. “Muchos de los ancianos no informan síntomas potencialmente importantes debido a sus antecedentes culturales y educativos, además de que consideran que la enfermedad es un elemento concomitante normal del envejecimiento” (Brody et al 1983).

De tal forma el adulto mayor en su temor a ser excluido por la sociedad o ser institucionalizado en un hogar geriátrico, se abstiene de dar detalles de lo que padece, siendo otra característica de omisión el estado mental mencionado anteriormente y donde se pueden dar datos errados o abstenerse de expresar algunos de ellos en sus respuestas, lo que dificulta la valoración o el reconocimiento de su estado.

De esta forma, el adulto mayor al momento de consultar por un dolor o una dolencia al profesional en salud, presenta causas comunes como dolencias en cadera. Según Rodríguez y



Lazcano, 2007 en Estados Unidos, anualmente, casi el 90% de las 250.000 fracturas que ocurren son de cadera, ocasionadas por caídas, donde más del 50 % son hospitalizados y el 30% restante se recuperan en su totalidad.

La frecuencia de ese tipo de patología se debe a que la cadera es una de las principales articulaciones del organismo con mayor movilidad, la cual con los años y su sobreuso se desgasta. A partir de distintos referentes bibliográficos y, desde la experticia, se conoce que el desgaste puede ser del área muscular o en el sistema óseo, debido a la gran actividad que tiene el adulto mayor o al abuso de la misma a lo largo de su vida, lo cual conlleva a procesos degenerativos. Estas patologías también se presentan debido a accidentes al interior de los hogares geriátricos, donde el personal muchas veces idóneo descuida al propio paciente o no le da el cuidado requerido, en ocasiones por no comprender cuáles son sus limitaciones físicas; también podría ser porque no interpretan de manera adecuada la kinesis del adulto mayor.

En este sentido, el uso adecuado de los elementos de la comunicación no verbal, contribuye a mejorar la calidad de vida del adulto mayor. Por ejemplo, a través de la kinesis se puede hacer una lectura aproximada de los movimientos del cuerpo, postura de las piernas, los pies; la velocidad y frecuencia de los movimientos. Entonces, se puede comprender qué quiere comunicar el otro, observando su gestualidad, miradas y expresiones faciales.

Algunos investigadores se han especializado en la parakinesis que implica la intensidad o grado de fuerza con que se emite un gesto. Por ejemplo, la proxemia, estudia el empleo que el ser humano hace del espacio, es decir la distancia física, la orientación espacial y el movimiento del cuerpo en el espacio (Cantillo, 2014, p.38).

Se perciben debilidades en el uso y la interpretación de los códigos paralingüísticos en los cuidadores, quienes, por lo general son auxiliares en enfermería que conocen técnicas de manipulación y de atención a sus pacientes al interior de los hogares geriátricos; no obstante, presentan pocas habilidades en la interpretación del lenguaje no verbal para acceder a los requerimientos de los adultos mayores. Siendo así, es necesario plantear mecanismos de capacitación o formación que contribuyan a mejorar la comunicación entre ambos actores.

El problema planteado exige una mirada cuidadosa por parte de las ciencias de la educación centrada en el constructivismo, donde se realice un ejercicio metacognitivo - autoevaluación- y de coevaluación para realizar planes de mejoramiento, mediante el diseño e implementación de estrategias didácticas que contribuyan a resolverlo, teniendo en cuenta las mismas falencias de los cuidadores primarios.

Por consiguiente, en esta investigación es relevante definir el concepto de estrategia didáctica. Díaz Barriga (1998) la plantea como los mecanismos que facilitan la aplicación de un conocimiento. La elaboración de una estrategia debe de realizarse de manera ordenada y medida en tiempos para enseñar con claridad los temas previstos; sin embargo, dichas estrategias no se limitan a los saberes cognitivos, sino que también contemplan los procedimentales y los valorativos o actitudinales (De Zubiría, 2005). Es función del docente guiar a sus interlocutores, en este caso los cuidadores, con respecto a los procesos de comunicación no verbal.

Así mismo, dejar planteada una estrategia que ayude a ese cuidador del adulto mayor, debe servir para proponer una nueva forma de impartir un conocimiento que inicialmente es de las ciencias del lenguaje en un contexto de salud, al interior de los hogares geriátricos. Por lo

tanto, en este trabajo se responderá a la pregunta de investigación ¿Cómo proponer estrategias didácticas en comunicación no verbal para los cuidadores de pacientes adultos mayores?

## **1.2 Justificación del problema**

Esta investigación es relevante, en tanto ofrece alternativas en educación para las personas que acompañan a los pacientes y particularmente a los adultos mayores. Se trata de estrategias didácticas en comunicación no verbal para optimizar la atención a quienes habitan en los hogares geriátricos.

En ese sentido, es necesario que el cuidador al ver a un paciente que manifiesta dolor, tenga conocimiento de la pragmática de la comunicación no verbal con el propósito de responder oportunamente a sus requerimientos. Sin embargo cabe resaltar que el lenguaje no verbal está mediado por el dolor, lo cual puede modificarse y confundir al cuidador.

En esta investigación, de manera indirecta, se correlacionan campos del conocimiento como las ciencias del lenguaje y las ciencias naturales que estudia el conocimiento alusivo a la funcionalidad osteomuscular, que limita el movimiento de MMII (miembros inferiores) y/o con restricciones. De otro lado, en este ejercicio de indagación se da vida a la Ley 1850 (2017), la cual tiene como fin capacitar a los cuidadores empíricos que dan servicio al interior de los hogares geriátricos, con el fin de brindar un mejor trato al adulto mayor.

Adicionalmente, esta investigación es importante porque ofrece un insumo que es un camino para que otros profesionales de la salud puedan relacionar las ciencias del lenguaje con su campo de conocimiento, es decir que es un trabajo interdisciplinario. Asimismo, en el ámbito de

la Maestría en Educación de la Universidad Santiago de Cali, se puede convertir en un referente para dar continuidad a indagaciones similares.

En el contexto educativo de los hogares geriátricos, este ejercicio investigativo ofrece unas estrategias didácticas que facilitan el cuidado del adulto mayor para que este mejore su calidad de vida. En otro sentido, en el ámbito local se puede decir que de allí podrían diseñarse planes de mejoramiento para los hogares geriátricos basados en la comunicación no verbal, en la capacitación de los cuidadores respecto a la misma. En el ámbito nacional, poder crear programas educativos para personas del ámbito de la salud, siempre pensando en un mejoramiento. De esta investigación se espera que se genere un producto de nuevo conocimiento para que se socialicen los resultados con las comunidades científicas, del campo de la fisioterapia y de la relación educación y salud.

### **1.3 Objetivos del estudio**

#### **Objetivo general**

Proponer estrategias didácticas en comunicación no verbal para los cuidadores de pacientes adultos mayores en 3 hogares geriátricos de Cali.

#### **Objetivos específicos**

1. Caracterizar a los cuidadores de los adultos mayores que laboran en tres hogares geriátricos de Cali.
2. Determinar la relación entre la comunicación no verbal de los adultos mayores y las dolencias que limitan su movimiento, MMII (miembros inferiores).
3. Identificar la pragmática del lenguaje no verbal en los cuidadores del adulto mayor y en el contexto donde laboran.

4. Diseñar estrategias didácticas que fortalezcan el uso del lenguaje no verbal en los cuidadores de los adultos mayores, a partir de las necesidades de esta población con el fin de llevar a cabo prácticas confiables y seguras.

#### **1.4 Pregunta de investigación**

¿Cómo diseñar estrategias didácticas en comunicación no verbal para los cuidadores de adultos mayores?

#### **1.5 Relevancia del estudio**

Este estudio es relevante en tanto propone estrategias para fortalecer la educación en la pragmática del lenguaje no verbal en el adulto mayor; por lo tanto en esta investigación se diseñan estrategias didácticas que se pueden utilizar en diferentes campos de la salud para aquellas personas que se ocupan del bienestar de los adultos mayores. Adicionalmente, se invita a reflexionar acerca del adulto mayor, acerca del ser de las personas de la tercera edad y de la precisión en el uso del lenguaje no verbal cuando nos comunicamos con ellos y cuando ellos no lo pueden hacer mediante la palabra.

#### **1.6 Limitaciones del estudio**

El tiempo estimado en meses para la recolección de datos e interpretación de los resultados fue limitado. Otro aspecto es la disponibilidad anímica y fisiológica de los pacientes debido a que no se pudieron realizar más observaciones. Sumado a ello, el tiempo del que disponen los cuidadores para la recolección de los datos fue reducido al momento de realizar la

encuesta, debido a la brevedad del tiempo libre para responder cuestionario. Es importante mencionar que el estado de conciencia en los adultos mayores es un limitante al momento de realizar la observación de ese lenguaje no verbal, debido a que varios de ellos presentan procesos mentales alterados, comprometiendo la gestualidad y otros códigos de la comunicación. Siendo así, no se puede estandarizar el significado de dichos códigos sino realizar un análisis completo de distintas variables.

## **1.7 Definición de conceptos importantes**

### **EL Lenguaje no verbal.**

El lenguaje no verbal como tema en el presente trabajo investigativo se aborda desde 4 principales referentes teóricos desde diferentes perspectivas; tres de ellos internacionales y uno regional. El primero es Poyatos (1994) de origen español, quien con Hall (1993), de nacionalidad estadounidense, trabajan desde la pragmática; Davis (2010), de origen canadiense, desde el componente emotivo y, en el contexto regional, en el ámbito educativo, se tiene como referente a Cantillo (2014).

Davis (2010). Ella manifiesta que el hombre se comunicaba de una forma más fácil por medio del lenguaje no verbal, tal como lo hacen los animales por medio del intercambio de movimientos. Davis (2010) plantea que dicho comportamiento animal se parece al de los viejos primates. Cuando surgió la palabra hablada se logró la diferenciación entre ellos. El ser humano, por lo general no tiene consciencia del uso del lenguaje no verbal en sus alocuciones.

Según Davis (2010). El ser humano es un organismo rico en lenguaje no verbal y se ve limitado por una sociedad que establece unos parámetros comportamentales acordes con el grupo

que se esté relacionando. En el caso del adulto mayor con dolor por funcionalidad osteomuscular, que limita el movimiento de MMII (miembros inferiores) y/o con restricciones, es el dolor el aspecto que lo margina de la sociedad; debe ser destreza del personal que interviene en su cuidado el ayudar a minimizar las consecuencias, teniendo como único fin que ese adulto mayor se sienta pleno para relacionarse con sus interlocutores.

El lenguaje es una facultad humana que posibilita la comunicación, en este caso, de paciente-personal en salud, el cual está ligado a la palabra hablada y a unos comportamientos no verbales, donde predomina lo no verbal sobre lo verbal. Poder llegar a conocer esos comportamientos no verbales en el adulto mayor que se valora, sirve para crear destrezas entre unos profesionales de la salud más que en otros y hacer una diferencia en la intervención, lo cual ha de servir para conocer esa interrelación de la oralidad con el lenguaje no verbal.

El lenguaje, por sobre todas las otras diferencias, es lo que separa al hombre del resto de los animales. Sin él, la cultura, la historia —casi todo aquello que hace del hombre lo que es— serían imposibles. En la conversación frente a frente, sin embargo, el lenguaje se desarrolla en un marco de comunicación no-verbal que es parte indispensable del mensaje. Esto debería resultar obvio; algunos científicos han llegado a afirmar que el lenguaje hablado sería imposible sin los elementos no-verbales. (Davis, 2010, p.227).

Por otra parte Cantillo (2014) plantea que el acto comunicativo humano es la interacción de la oralidad y lo no verbal lo que le daría sentido a esto. Los estudios más comunes en este campo fueron realizados por los griegos en la antigüedad, que inició con la oratoria y retórica. Posteriormente, los orígenes de la comunicación no verbal en el siglo XX se fortaleció como objeto de estudio a mediados de los años 50 con los primeros, teniendo en cuenta los componentes comportamentales.

El comportamiento no verbal presentado en el adulto mayor es valorado por un profesional de la salud teniendo en cuenta la edad cronológica del mismo y se va estableciendo un comparativo entre las operaciones del lenguaje que lleva a cabo y la edad del adulto mayor. Los resultados de este tipo de examen pueden determinar un plan de tratamiento para lograr recuperar algo de ese lenguaje, tanto verbal como no verbal. Este tipo de intervenciones han sido poco estudiadas por los teóricos y se ha dejado de lado la relación que tienen los conocimientos de las ciencias del lenguaje con el campo de las ciencias naturales, que definitivamente generarían un nuevo conocimiento en procura de la eficiencia en la comunicación con el adulto mayor.

Desde una perspectiva pragmática, Poyatos (1994) la comunicación no verbal como “las emisiones de signos activos o pasivos constituyan o no comportamiento, a través de los sistemas no léxicos somáticos, objetuales y ambientales contenidos en una cultura, individualmente o en mutua coestructuración” (p.17).

En todo acto de comunicación no verbal, los seres humanos se relacionan con su entorno mediante su gestualidad o sus movimientos; estos van ligados a la oralidad; así mismo sucede con el adulto mayor quien en el entorno donde se relaciona con otros adopta algunos de sus comportamientos, en esa convivencia se aprenden códigos tanto verbales como no verbales. En ello intervienen diferentes modificadores de su comportamiento y esto se refleja en su estado de ánimo.

En todo acto de comunicación, el lenguaje no verbal y la palabra hablada son, según Davis, (2010), un conjunto de comportamientos en el hombre los cuales uno necesita del otro



para que se dé una armonía en el acto comunicativo, lo que facilita el que se den las relaciones con las demás personas.

Al momento que se dan estos dos comportamientos en el adulto mayor de una manera armónica y fluida se logra la relación con la sociedad, se puede decir que ese adulto mayor está ubicado la mayor parte de la veces en espacio y tiempo, donde hay un óptimo nivel de conciencia de su entorno; ocurre lo contrario con los pacientes no ubicados en tiempo y espacio, los cuales presentan comportamientos anormales en sociedad, donde la principal característica es la irracionalidad en la palabra hablada, se expresan con palabras soeces las cuales se acompañan con movimientos corporales no coordinados o la mayor parte de las veces no hay movimiento alguno, lo que conlleva que ese adulto quede postrado.

Así, en todo acto de comunicación entre emisor y receptor están implícitas unas disciplinas, como manifiesta Davis (2010). “La investigación de la comunicación proviene de cinco disciplinas diferentes: la psicología, la psiquiatría, la antropología, la sociología y la etología. Es una ciencia nueva y controvertida, que contiene descubrimientos y métodos de investigación discutidos con frecuencia” (p.10).

Los orígenes del lenguaje no verbal están ligados a varias disciplinas de estudio las cuales tienen como componente fundamental el estudio del hombre y su relación en sociedad; son muchos los autores que tratan dicho tema y de como este se manifiesta en las situaciones cotidianas del intercambio comunicativo. La mayor parte de estudios datan de principios de 1950 como lo son Saussure, Eco, Lenneberg y Barthes.

Con respecto a la comunicación no verbal en el adulto mayor, esta en diferentes ocasiones se implementa como reacción al dolor. En este sentido, se aborda la siguiente investigación con

una bibliografía sobre cómo el adulto mayor se comporta en sociedad con una patología en cadera donde se pretende dejar un precedente para el abordaje del mismo o al menos dejar un precedente y con ello aportar al personal de salud un manejo para facilitar la intervención en pro del desarrollo de un plan de tratamiento con el uso del lenguaje no verbal sin desligarse de lo oral.

También aprendí, sin lugar a dudas, que la parte de un mensaje que resulta visible es por lo menos tan importante como la parte oral. Luego comprendí que la comunicación no-verbal es más que un simple sistema de señales emocionales y que en realidad no pueden separarse de la comunicación verbal. (Davis, 2010, p.7).

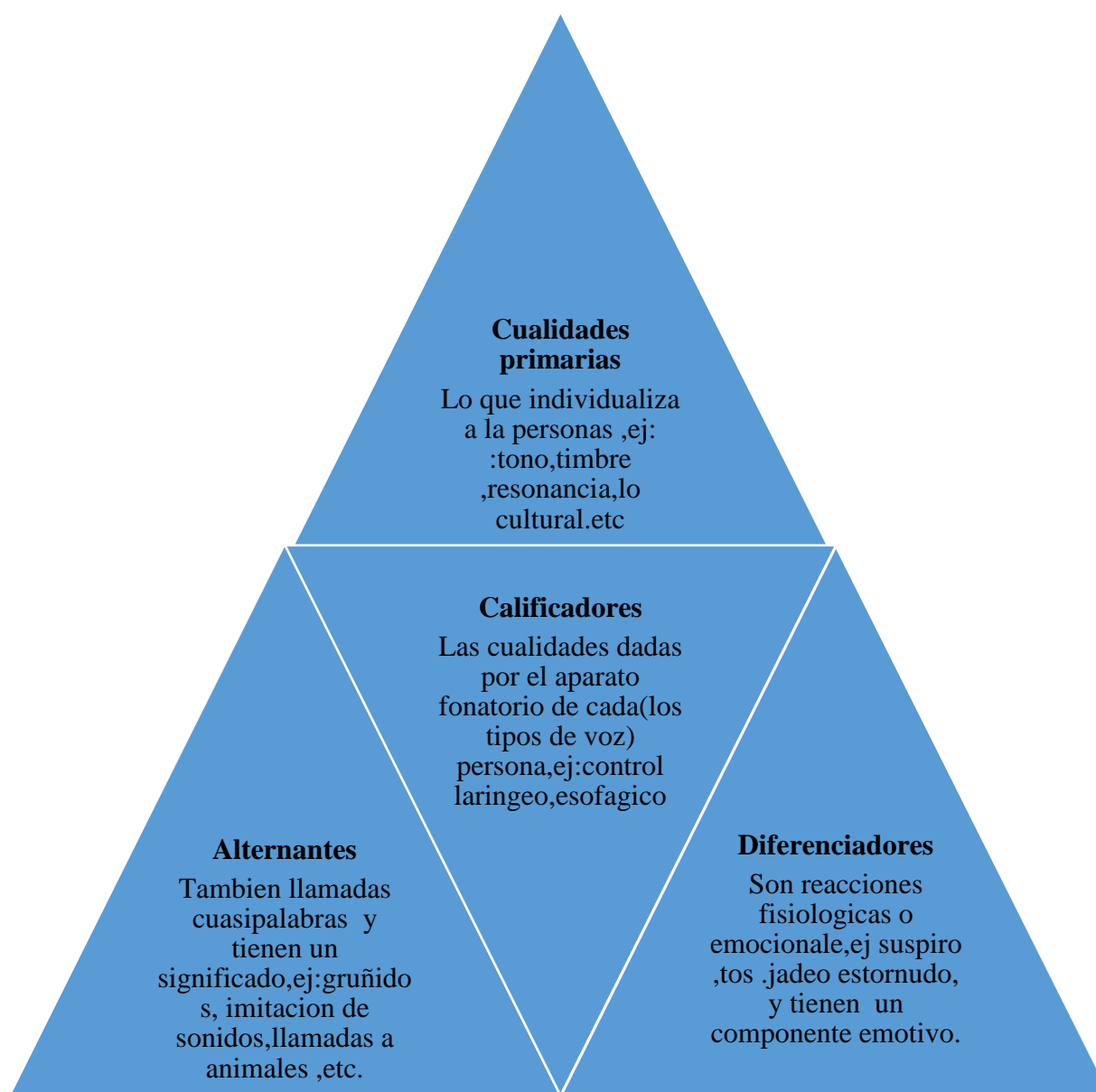
Lo cierto es que ambos lenguajes se complementan originando una respuesta o emociones propias de la edad y movimientos que integran una la relación entre emisor y receptor; estas características en el adulto mayor –por lo general- están dadas por pocos movimientos, los cuales son torpes debido a cambios naturales del envejecimiento donde en su mayoría se asocia a procesos dolorosos con disminución del lenguaje verbal y no verbal.

Ambos sistemas están estrechamente vinculados entre sí, ya que cuando dos seres humanos se encuentran cara a cara se comunican simultáneamente en varios niveles, consciente o inconscientemente, y emplean para ello todos los sentidos: la vista, el oído, el tacto, el olfato. Luego integran todas estas sensaciones mediante un sistema de codificación, que algunas veces llamamos “el sexto sentido”: la intuición. . (Davis, 2010, p.7).

Es así como se entrelaza lo verbal con lo no verbal por intermedio de los sentidos implicados en todos los seres humanos, los cuales sirven para el descifrar el código de dicho mensaje que la mayor parte de veces es complejo y poco comprensible. La decodificación se da desde el emisor mismo, donde los emisores o receptores tienen más facilidad los unos que los otros en entender ese proceso cognitivo. Los adultos mayores debido a un deterioro cognitivo natural por la edad y poca agudeza en los sentidos se les dificulta el relacionarse con su entorno

en la acción de comunicar, y depende de esa experticia del personal en salud que esté a cargo del adulto, el poder facilitar y dar cuenta que impide el desarrollo del acto comunicativo con el fin de poder una interacción en sociedad y mejorar su calidad de vida para el adecuado uso de esos sentidos.

Otra característica implícita en el lenguaje no verbal es para Poyatos (1994) los sentidos del cuerpo, donde el paralenguaje, es un componente del mismo (donde los sonidos y acentuación al expresar la palabra hablada ocurren por medio de la conformación fisiológica de la persona y el entorno) y se pueden nombrar unas cualidades:



*Figura I.* Cualidades del paralenguaje. Autonomía propia.

Las anteriores cualidades mencionadas son propias de cada individuo presente por rasgos genéticos o fisiológicos, las cuales logran el diferenciar a cada uno de los adultos mayores de los otros, por medio de unas características en su comportamiento, donde también hacen parte los cambios en el proceso natural de envejecimiento. Estas características alteran el lenguaje verbal y su intencionalidad, lo que lleva muchas veces en dificultar el momento de la realización en la

valoración del paciente por parte del personal de salud, que al no comprender lo que este expresa en la misma, puede llevar a no tener claro las respuestas del adulto sobre una sintomatología de la funcionalidad osteomuscular, que limita el movimiento de MMII (miembros inferiores) y/o con restricciones. Las características presentes en el paralenguaje en el adulto mayor son adoptadas por unos comportamientos de su entorno lo cuales se comparten de generación en generación; así se observa en la convivencia del adulto mayor en sociedad que algunos de ellos se les facilita el lenguaje no verbal y sobresalen entre un grupo, como también otros por el contrario no son tenidos en cuenta por su dificultad de expresarse en sociedad.

Otra característica muy importante son los hábitos aprendidos en sociedad donde menciona Poyatos (1994) son todos aquellos comportamientos que se dan a lo largo de la vida del individuo y se ven influenciados por la sociedad y su contexto donde se relaciona y unas características los genéticas que también son modificables.

Son estos comportamientos aprendidos a lo largo de la vida, por parte del adulto mayor los que caracterizan el cómo se presenta esa sintomatología dolorosa en la funcionalidad osteomuscular, que limita el movimiento de MMII (miembros inferiores) y/o con restricciones, y varía de persona a persona por medio de conductas, gestos o sonidos. El poder conocer características en los adultos mayores como sus rasgos expresivos o la causa de posibles alteraciones en conciencia a causa la mayor parte de las veces por desórdenes en la memoria o demencias de tipo senil, sirve también como insumo para diseñar e implementar estrategias didácticas, por parte de los cuidadores, que faciliten la aplicación de ese lenguaje no verbal.

De otro lado, para Poyatos (1994) otra característica de la semiótica del acto comunicativo no verbal es la llamada tripleta comunicativa: el lenguaje, el paralenguaje y la

kinesis; el lenguaje viene siendo dado por la palabra hablada y fonatoria, el paralenguaje la entonación y el tono que reflejan parte de la intencionalidad que la persona le dé a su intervención. Otro elemento del lenguaje no verbal es la kinesis que es cómo esa persona acompaña su alocución con gestos faciales o movimientos a partir de lo hablado.

Las características anteriormente mencionadas se ven alteradas en el comportamiento del adulto mayor y comprometen la corporeidad e intencionalidad en la transmisión de sus mensajes para el acto comunicativo y es allí donde este manifiesta lo que le molesta o si está conforme con alguna situación. Así, padecer una funcionalidad osteomuscular, que limita el movimiento de MMII (miembros inferiores) y/o con restricciones, que va acompañada de dolor, implica unas alteraciones en el lenguaje, el paralenguaje y la Kinesis.

Esta característica de ser expresivo o inexpresivo en los adultos mayores, al momento de presentarse esa sintomatología dolorosa, durante la valoración, es de importancia para el personal de salud al momento de estar evaluándolo; esos comportamientos son anormales en el adulto y el lograr reconocerlos sirve para precisar dicha valoración; así mismo, el personal de salud debe hacer uso de la mirada que facilita obtener datos claros para realizarla. Identificar el tipo de mirada, debe ayudar a generar una comunicación asertiva para la intervención en salud.

De otro lado Hall (1993) plantea otra característica implicada en el lenguaje no verbal que es la proxemia; esta da significación y sentido a las distancias del lenguaje verbal presentes entre emisor y receptor: 1. Espacio íntimo: (0-15cm) las amistades familia y lo sexual, 2. Espacio personal: (45- hasta 120 cm) el desenvolverse generalmente con otras personas, 3. Espacio social: (desde 120 cm hasta los 5 metros) las relaciones de forma interpersonal, ejemplo los negocios importantes y relación jefe con trabajador en un despacho, 4. Espacio público: (distancias de 3,5

mt a 7,5 mt) toda persona que actúa frente a un público fuera de la relación cercana, un ejemplo de ello son las charlas y las conferencias.

Los profesionales de la salud usualmente ocupan espacios cercanos cuando practican intervenciones con los adultos mayores. Conocer las patologías de cadera, por las cuales ellos consultan, ayuda a la buena realización del proceso valorativo. Lo anterior, sirve para obtener unas herramientas idóneas en la realización adecuada de la evaluación. La mayor parte de las veces este espacio paciente y profesional en salud es personal, debido al grado de seriedad y lo que implica para ambas partes el buen desarrollo de la valoración.

Por consiguiente, en estos espacios entre emisor y receptor siempre está implícitamente la kinesis que hace parte de esa triplete comunicativa. Poyatos (1994) la define como todos aquellos movimientos aprendidos o innatos en la persona donde intervienen los sentidos.

Son estos movimientos en el adulto mayor que con el pasar de los años son más lentos y pausados debido en su mayoría a una funcionalidad osteomuscular, que limita el movimiento de MMII (miembros inferiores) y/o con restricciones. Es así como la prioridad en este trabajo investigativo es dar al cuidador unas herramientas de trabajo en el conocimiento de lo proxémico, de la kinesis, del paralenguaje, la gestualidad y el silencio, que sirven de ayuda para implementar estrategias de comunicación más eficientes.

Adicionalmente, la kinesis puede darse de cuatro maneras, según menciona Poyatos (1994): visualmente, por la manera en que se perciben los gestos, audiblemente, dada por el movimiento de manos en chasquido o en aplausos; táctilmente, la cual es percibida por abrazos y dar la mano, la cual es percibida por presión en el cuerpo de la otra persona y cinestésicamente,

que se percibe a través de la relación entre los sentidos. Todas estas cualidades permanecen siempre a través del tiempo, es decir en la memoria de cada persona y se pueden reconstruir.

Estos comportamientos kinésicos están presentes en el adulto mayor que convive en grupo al interior de un hogar geriátrico, donde algunos se manifiestan hiperkinéticos o demuestran mucho afecto, en gran parte de sus actividades de la vida diaria por la necesidad de sentirse protegidos o saludables. La estadía de las personas mayores es una problemática de carácter social, que, según la Política colombiana de envejecimiento y vejez (2014 -2024) se debe a la falta de afecto o abandono por parte de la misma familia. Siendo así el agente en salud debe de facilitar las interacciones con ellos y dejar de lado la barrera profesional-paciente para crear un acercamiento de tipo afectivo y propiciar un mejor cuidado. En otras palabras, el poder vivenciar esa experiencia con lo dicho anteriormente facilitará el trabajo del profesional en salud.

Así, Poyatos (1994) relaciona la kinesis con el silencio y que ambos están ligados, donde los sonidos se alternan con silencios de corta o larga duración.

Es la kinesis otra de las formas como el adulto da a conocer y manifiesta sus sentimientos de conformidad o desagrado, donde ese adulto mayor es variable en sus estados de ánimo ya que muchas veces hay implicadas enfermedades de tipo psicológico o mental; ese silencio muchas veces se torna tranquilo llegando hasta agresivo para con el trabajador en salud a su cargo. Es importante conocer ese contexto del paciente por medio del conocimiento de una historia clínica, para poder abordar al individuo y llevar a buen término la valoración y la comunicación con él.

Es la adecuada valoración y cuidado del adulto mayor las que deben estar implicadas con los sentidos, los cuales se desarrollan en el lenguaje no verbal, donde, según Cantillo (2014), el sentido de la vista es lo que determina las pautas y ejerce poder sobre la persona con la que se interactúa, así por medio de ella proporciona información y expresa lo que



se quiere comunicar a los semejantes en el acto comunicativo. Otra cualidad de la mirada es que regula qué tanto se interactúa con los demás, expresa intimidad y ejerce un control social, con el fin de facilitar las metas del hablante.

Por consiguiente, como cuidadores del adulto mayor con funcionalidad osteomuscular, que limita el movimiento de MMII (miembros inferiores) y/o con restricciones, el realizar una inspección visual durante valoración servirá para crear lazos entre el paciente-cuidador y ayudar a conocer el contexto del mismo, facilitando así la intervención para valorar la cadera del adulto, lo cual está implícito en el desarrollo e implementación de unas estrategias en comunicación.

Por tanto Davis (2010) manifiesta que es el tacto otro de los sentidos ausentes en las personas de edad avanzada, las cuales tienden a sufrir de “hambre de piel” en la sociedad, sufren de una ausencia de afectividad por parte de la misma lo que ocasiona una pérdida de ese contacto, que contribuye gradualmente a la sensación de reclusión o de marginación que manifiestan los ancianos.

Si bien es importante la vista al momento de la intervención con ese adulto mayor, de igual manera lo es el tacto y la relación entre ambos sentidos. Durante la evaluación, el cuidador debe palpar lo que se esté buscando en ese adulto mayor, donde es el tacto el que al momento de valorar crea lazos entre el personal de salud con el adulto mayor. El uso de estos dos sentidos proporciona seguridad en la intervención; para facilitar así la intervención y realización de un plan de tratamiento y que el adulto se sienta conforme.

El poder hacer uso de los sentidos en el lenguaje no verbal del adulto mayor, se ve acompañado por movimientos al momento de relacionarse con las demás personas; para ello se usa la cara, los hombros y los brazos, donde los miembros superiores son la principal herramienta

de comunicación no verbal. El adulto mayor padece de una patología articular de cadera en presencia de dolor, de un incorrecto uso de las partes del cuerpo, lo cual se asocia a cambios del envejecimiento, donde se compromete la movilidad y el desplazamiento, con mayor implicación de las piernas.

Algunas palabras y frases van acompañadas de “marcadores” definidos, especialmente pequeños movimientos de cabeza, de ojos, de manos, de dedos o de hombros. Para los pronombres “yo”, “mío” y “nosotros” como así también para “éste” o “aquí” el marcador es un movimiento hacia el cuerpo de la persona que habla. Para los pronombres en plural, el gesto concluye con un giro mínimo para significar la presencia del plural. Si se utilizan los hombros, se los encorva o se los estrecha en dirección de una línea vertical imaginaria que pasa por el centro del cuerpo. Para los pronombres “tú”, “ellos” y “eso” el marcador se aleja de dicha línea. Al emplear los verbos en tiempo futuro se nota un marcador que indica hacia adelante; si se trata de verbos en pasado, por el contrario, el movimiento es hacia atrás. (Davis, 2010, p.42).

Es importante conocer estos marcadores del lenguaje no verbal muy diferentes de sociedad a sociedad y de cultura a cultura, donde en el caso del adulto mayor y la sociedad con que se relaciona hay un significado importante en la mirada; por medio de esta se da a conocer lo que pretenden o desean de esa relación con el otro. Otro tipo de movimiento característico en ellos es el empleado con ayudas ortésicas<sup>1</sup> (muletas, bastones caminadores, férulas y silla de ruedas), para dar a expresar lo que quieren. El uso de estos agentes externos se incorporan en su vida cotidiana donde por medio de estos se enriquece ese lenguaje no verbal al interior de su contexto.

---

<sup>1</sup> Es toda ayuda externa con la cual el paciente en situación de discapacidad se le facilita la marcha, la cual sirve para suplir algunas funciones de las extremidades del cuerpo y disminuye las dolencias a nivel físico cuando el paciente presenta una patología que incapacite el desempeño de las actividades de la vida diaria.

Según Davis (2010) toda cultura tiene unos movimientos que la caracterizan, como también unos emblemas, los que son movimientos del cuerpo con un significado propio, unos de los ejemplos es hacer gestos con los dedos para indicar una situación.

Son estas situaciones de interlocuciones entre los adultos mayores al interior de un hogar geriátrico, comunes entre ellos, dándose a repetición y las cuales facilitan el intercambio de la información, en esos escenarios están implicados los componentes de la pragmática del lenguaje no verbal.

De otro lado, Cantillo (2014) manifiesta que el lenguaje no verbal logra interesar a diversos profesionales de diferentes contextos de las ramas de las ciencias sociales o naturales; este se encuentra presente en las diferentes clases sociales; la autora también plantea que la comunicación vía telefónica es incompleta porque aunque se perciben componentes paralingüísticos, no se puede ver con quién se habla, sus gestos, movimientos y desplazamientos.

En la actualidad, la comunicación no verbal está mediada por unas nuevas tecnologías en comunicación como son las videoconferencias, las redes y las cámaras, donde los nuevos adelantos en las telecomunicaciones del siglo XXI sirven para ampliar esa frontera del campo de intervención y cuidado del adulto mayor. Estas tecnologías deberán facilitar el desempeño del personal en salud para la realización de un plan de tratamiento encaminado a un uso más apropiado de estrategias comunicacionales con los adultos mayores que, en esta investigación, se enseñan a los cuidadores como estrategias didácticas, toda vez que se trata de interactuar con ellos de manera acertada.

## **Estrategia didáctica**

Según De la Torre (2005) el concepto de didáctica hace alusión a la forma o los dispositivos que se implementan de manera consciente e intencional por parte de quien interviene o pretende enseñar algo. Este proceso de enseñanza – aprendizaje debe ser sistemático y está conformado por los siguientes elementos: profesor o mediador, estudiante o beneficiario, contenido, contexto de aprendizaje y estrategias metodológicas y didácticas.

En ese sentido, las estrategias didácticas están conformadas por unas acciones orientadas hacia la enseñanza y otras hacia el aprendizaje, de tal manera que facilita el paso a paso de quien hace la mediación a través de las actividades. Asimismo, tales estrategias aproximan la adquisición de conocimientos o saberes a los interlocutores -que pueden ser estudiantes o, en este caso, los cuidadores de los adultos mayores- mediante diferentes momentos o secuencias que posibilitan el aprendizaje significativo, toda vez que se construyen los conocimientos a partir de sus saberes previos. Esto se agiliza mediante las estrategias de enseñanza que, según Díaz y Hernández (1999), son todas aquellas ayudas planteadas por el docente, que se proporcionan al estudiante para facilitar un procesamiento más profundo de la información.

Una estrategia didáctica, según Delgado y Solano (2009), es una herramienta del proceso de enseñanza que ayuda en la construcción del conocimiento; en este caso, su uso beneficia al cuidador, puesto que le facilita tanto el conocimiento como la praxis del lenguaje no verbal en la comunicación con el adulto mayor, razón por la cual será un facilitador en la interlocución para ambas partes y un coadyuvante en el cuidado del adulto mayor con funcionalidad osteomuscular, que limita el movimiento de MMII (miembros inferiores) y/o con restricciones (según CIF, B710, p. 121) .

La didáctica del lenguaje y la literatura se presenta como un campo de debate y de reflexión que engloba problemas complejos que deben ser abordados desde los discursos literarios y educativos. Podría decirse que la didáctica debe concebirse como un discurso que ofrece estrategias en los procesos de enseñanza y aprendizaje, pero también en la construcción de conocimientos como uno de los énfasis en las pedagogías contemporáneas. (Ramírez, Narvaja, Olave, Batanelo, Cisneros, Rojas, Castañeda, Calderón, Suarez, Bombini, Vallejo y Cardenas, 2018).

Otra interpretación relevante acerca del concepto de estrategia didáctica es el planteado por Díaz Barriga, Frida y Hernández G. (1998) que consiste en los conocimientos que el maestro transmite a sus alumnos para un adecuado aprendizaje cognitivo en el aula de clase y su único fin es mejorar la comprensión textual, composición de escritos, solución de temáticas, problemas y todo aquello que exija un raciocinio complejo. Trabajar con estrategias didácticas proporciona herramientas al alumno en la elaboración de sus propios conceptos para poder reflexionar sobre las situaciones de aprendizaje.

### **Funcionalidad osteomuscular, que limita el movimiento de MMII (miembros inferiores) y/o con restricciones en el Adulto mayor**

En este aparte se dilucida lo concerniente a la funcionalidad osteomuscular, que limita el movimiento de MMII (miembros inferiores) y/o con restricciones en el adulto mayor, las cuales están presentes durante el proceso natural de envejecimiento. Siendo así, se pretende relacionar dichas enfermedades con el sinnúmero de características no verbales utilizadas por esos adultos y sus implicaciones en relación a la pragmática del lenguaje no verbal y poder conocer cómo se da el envejecimiento progresivo.

Alrededor de los 21 años, el crecimiento corporal se detiene, el joven deja de crecer físicamente, aunque su organismo sigue evolucionando. Podríamos decir que el

crecimiento o, mejor dicho, el desarrollo es más a nivel intelectual que físico. Más adelante, llega un momento en que el organismo comienza una fase de involución y se inicia un envejecimiento exteriormente, se manifiestan algunos rasgos de envejecimiento como: cabellos blancos, arrugas en las manos y en la cara, flacidez y demás signos de envejecimiento. También los órganos internos empiezan a dar señales de cansancio o de falta de atención, como, por ejemplo, dolores musculares o articulares, problemas respiratorios, o bien circulatorios. (Pont, 2000, p.21).

Es el proceso natural de envejecimiento en el ser humano que se da por un deterioro orgánico, este envejecimiento orgánico es inverso al intelectual ya que es la mente la encargada de nutrirse con el pasar de los años en la adquisición de nuevos conocimientos. Cuando se envejece habrá que tener unos correctos hábitos de vida presentes en esa persona para el mejorar la calidad de vida, dependiendo de los si hay unos malos hábitos de vida así será su vejez, de mal pronóstico por la aparición de ciertas enfermedades, que además de ser propias del envejecimiento se incrementan en sintomatología por unas malas conductas. “Es motivo de confusión lo que puede atribuirse al deterioro ocasionado por el paso del tiempo; aquello que se puede interpretar como manifestación de la enfermedad; lo que parece ser físico pero tiene orígenes y resonancias sociales y emocionales”. (Rodríguez, 1999, p.67).

Así todo lo que repercute a nivel físico durante el envejecimiento, tiene un componente mental que influye y determina que tanto ese adulto mayor somatiza la enfermedad. Este entorno psicosocial donde se da la enfermedad en ese adulto, debe de ser garante de unos buenos hábitos de vida que faciliten la buena relación en su entorno.

Plantea Pont Geis (2000) que “Las manifestaciones de la expresión biológica dependerán en gran medida del entorno pero los cambios morfológicos y funcionales asociados al

envejecimiento serán debidos fundamentalmente a los cambios químicos y, por tanto, fisiológicos determinados por la variabilidad genética” (p.21).

Según lo anterior, otro factor desencadenante del proceso de enfermedad durante la vejez es el factor genético que está influenciado por un entorno que facilita o dificulta la calidad de la salud, según los hábitos de vida del individuo. Un factor muy importante es el psicosocial, dicho anteriormente, el cual facilita que se propicien unos buenos lazos afectivos; dependiendo de ese afecto, se disminuye ese componente genético en el nacimiento y, en caso de llegar a presentar una patología en la vejez, esta sea tolerable.

Así González Mas (1995) manifiesta que durante la vejez, la actividad física y la marcha disminuyen en ese adulto a partir de los 30 años por cambios a nivel de musculoesquelético. En ancianos mayores de 80 años sanos la marcha se reduce en un 20%, debido a alteración en el sistema osteoarticular generalmente.

La disminución en los hábitos de vida saludables, es lo que dan origen a un sedentarismo, que con el tiempo producen rigidez y demás patologías. Esto lleva a ese adulto mayor a tener una marcha muy pausada y con problemas de equilibrio que no favorece el proceso natural de envejecimiento, donde se producen caídas y demás déficit a nivel articular o circulatorio. Es fundamental que ese adulto realice una actividad física dependiendo de sus capacidades y con asesoría del personal que le cuida para la prevención de una vida sedentaria.

Las patologías poco frecuentes según Rodríguez García (1999) en el adulto mayor tienen que ver con unos factores como: El atribuir las enfermedades como propias de la edad y dejarlas pasar desapercibidas por el profesional en salud y demás personas que le cuiden, el quejarse ante los familiares, procesos de depresión y cambios en estado de ánimo, problemas mentales que

tergiversan lo que padece el adulto, la toma de muchos medicamentos, lo que se espera al momento de tomar la medicina y el desconocimiento de lo que en realidad es la enfermedad.

Por consiguiente, son múltiples los factores para un manejo interdisciplinario y psicosocial de la enfermedad por parte de los cuidadores y personal de salud que rodean al adulto mayor en el proceso de envejecimiento y donde esos factores anteriormente dichos si no se cumplen, contribuyen a un deterioro patológico. El poder conocer estos factores sirve para el personal de salud y familia que hace más llevadero el padecimiento y mejora la calidad de vida del adulto mayor; así debe de ser importante el mencionar ciertas patologías propias de la edad, en todo proceso de envejecimiento.

Hoy los modelos acerca de cómo se presentan las enfermedades en el adulto mayor, planteados por Rodríguez García (1999), los cuales consisten en el cómo se debe de planear la intervención en ellos para ayudar a su familia: Del efecto sinérgico que hace referencia a una enfermedad que ocasiona otros síntomas, ejemplo las Osteoartrosis que da inmovilidad y ocasiona la incontinencia; el efecto cascada que es cuando una enfermedad crea más complicaciones o patologías por atribución errónea, la cual es cuando hay un síntoma y este se le atribuye a otra enfermedad, siendo la enfermedad de base no tratada la que lleva a las complicaciones; de evento clarificante, que es cuando una enfermedad se diagnostica al conocerla y el estudiar otra con signo manifiesto, ejemplo es tomar medicamentos por una causa y este ocasiona efectos adversos en el organismo. Es allí donde comienzan a evidenciarse ciertas patologías ocultas o generadas por descuido, debido al agotamiento del cuidador; este se cansa y desatiende al paciente, dejándole una sensación de insatisfacción y mal trato.



Es así que para llevarse a cabo todo proceso de intervención con el adulto mayor, están implícitos dos actos en el proceso de comunicación, uno que es el profesional en salud -el emisor- quien la mayor parte de las veces dirige la interacción comunicativa de una manera clara sin tecnicismos en la interlocución del código del mensaje y el segundo es el receptor que es el adulto mayor, encargado de decodificar el mensaje impartido por el profesional de salud, lo que facilita una interlocución si logra hacerlo.

Al presentarse la interlocución entre cuidador y adulto mayor con funcionalidad osteomuscular, que limita el movimiento de MMII (miembros inferiores) y/o con restricciones, es de vital importancia conocer unas características, según Montero R. y Manzanares A. (2005) quienes refieren que desde el punto de vista clínico es necesario diferenciar entre dolor agudo (es el que tiene una duración limitada, horas o unos pocos días) y el crónico (se prolonga en el tiempo al menos más de 3 meses). Hay diferentes formas de expresar el dolor agudo, una es con monosílabos e incluso en forma de gritos. El lenguaje natural del dolor crónico es el silencio, más aún en el paciente anciano; de ahí la importancia de su buen cuidado para un mejor manejo interdisciplinario. Se debe tener en cuenta la importancia de cada uno de los factores que lo integran: la percepción del dolor, el miedo, el estrés, la depresión, el medio social en el que se desenvuelve el paciente y el sueño nocturno.

Al momento de conocer el dolor en el adulto mayor es necesario percibir cómo se manifiesta el mismo, ya sea por medio de un lenguaje verbal o no verbal y si es agudo o crónico. Con el conocimiento de la expresión del dolor, debe ayudar a crear destrezas a los cuidadores y profesionales de las ramas de la salud en el conocer dicho lenguaje comunicativo y como se manifiesta por su oralidad y la pragmática del lenguaje no verbal; cuando se presenta una situación de dolor se crea dependencia hacia el cuidado que espera de los demás.

Esas circunstancias llevan a contemplar ciertas patologías presentes en los adultos mayores, que generan dependencia; estas son causadas por el desgaste articular, en este caso de cadera, la cual con los años y el proceso natural de envejecimiento se ve afectada; estas patologías son las Osteoartrosis, Artritis Reumatoide, Artritis Infecciosa, Osteoporosis y un aspecto relevante son las “caídas”, que sumadas a otras patologías dadas por el proceso natural de envejecimiento no son de buen pronóstico y con lo cual se llega a casos extremos de fractura en cadera.

Es la fractura de cadera estadísticamente de gran importancia entre las patologías de cadera en Estados Unidos, donde en su gran mayoría ocurren por sobrepeso, asociado a la avanzada edad y osteoporosis, lo cual ocasiona que este tipo de pacientes que las padecen queden postrados o en cama y bajo el cuidado de los diferentes estamentos de salud, lo que genera gastos al estado en función de estos, donde estos pacientes con funcionalidad osteomuscular, que limita el movimiento de MMII (miembros inferiores) y/o con restricciones (según CIF, B710, p. 121) son de mal pronóstico debido a las complicaciones que conlleva una fractura por el compromiso de múltiples sistemas.

En los Estados Unidos, se producen anualmente cerca de 500.000 fracturas vertebrales y 250.000 fracturas de cuello de fémur debido a la Osteoporosis. Las fracturas femorales son las más graves, fatales en el 12 % a 20 % de los casos, y necesitan tratamiento a largo plazo en la mitad que sobreviven, con costos estimados de 7 a 10 billones anuales de dólares. (Rebelatto y Morelli, 2005, p.167).

Otra patología en grado de importancia, según Schwab, Shapiro, Kauder (2000) es el trauma que causa una fractura, el cual hace parte primordial de la incapacidad que conlleva la muerte en todas las edades, donde es responsable del 25 % de las muertes en diferentes edades, donde solo el 5.7 % de los descensos es en mayores de 65 años. Así se puede estimar que la

mortalidad por traumas en adultos mayores es seis veces de la población más joven y donde la edad avanzada es un factor de riesgo y con mal pronóstico.

Es el trauma una de las patologías más comunes en el adulto mayor por accidentes, donde el adulto queda dependiente la mayor parte de las veces del personal que le cuida, con una imposibilidad de hacer sus actividades en la vida diaria, al momento de ocurrir esto, puede llegar a ser internado en un geriátrico. En esos lugares, una de las causas o consecuencias son los accidentes por traumas o caídas que pueden ocurrir en horas de la noche y la mayor parte de las veces en el interior del cuarto; otro de los traumas es al momento de bañarse sin supervisión y al ir a hacer sus necesidades al baño por sí solos; todo lo anterior la mayor parte de la veces ocurre por ser independientes a lo largo de sus vidas.

Otra patología de gran importancia es la Osteoartrosis que para Kumar, Cotran y Robbins (2001) es una enfermedad degenerativa, es la más común en las articulaciones, debido al envejecimiento, donde se presenta incapacidad en esos adultos mayores de 65 años en adelante. Esta inicia sin causa alguna u origen aparente, su inicio es con inflamación y avanza secundariamente a rigidez en la articulación, ocurriendo degeneración del cartílago articular.

Es una de las patologías más comunes en el adulto mayor debido al desgaste que sufre dicha articulación y la destrucción de su cartílago, el paciente manifiesta rigidez de la articulación con mucho dolor que con el tiempo lleva a deformar la misma. Generalmente es un paciente el cual se observa con marcha lenta y pausada, con acortamiento en el paso de la marcha sumado al dolor, el cual manifiesta que aumenta con el movimiento y disminuye en descanso; en etapas avanzadas el paciente debido a no poder movilizarse por sí mismo termina en cama con dependencia del personal de que lo cuida. Al momento de tener al cuidado este tipo de pacientes se debe de tener especial la manipulación del adulto, debido a que la articulación afectada esta

rígida y un mal procedimiento o manipulación lleva a un desgarre muscular o en el peor de los casos una fractura.

### **Imagen del adulto mayor frente al cuidado que requiere: una mirada desde las políticas públicas nacionales**

La política colombiana reconoce al adulto mayor como persona en igualdad de condiciones a los demás y, en algunos casos, de indefensión por estar sin un cubrimiento económico de sus necesidades básicas cotidianas o estar desamparados por cobertura en salud y donde algunos pueden llegar a la indigencia para lo cual la nación establece ciertos lineamientos o leyes que le amparan.

Siendo así, una definición de adulto mayor, según la Política colombiana de envejecimiento y vejez (2014 -2024) es una etapa de la vida donde hay transformaciones a nivel biológico con implicaciones en el estado mental de las personas que se relacionan en sociedad e implica cambios a nivel económico y cultural con el grupo a relacionarse, siendo muy progresivos estos cambios.

Así, ser adulto mayor en un estado social de derecho como Colombia, donde para tener una vida digna y una buena calidad de vida debe ser predominante e idóneo tener derecho a una vivienda, así como el derecho a la salud para poder vivir a plenitud esa vejez. Si el adulto mayor no cuenta con capacidades económicas dignas para la vivienda, educación y alimentación –por lo general- es visto y tratado de manera diferente por la misma sociedad, como también segregado de ella. Por esta razón se crearon los hogares de paso o también llamados geriátricos de caridad o de índole privado, donde a ese adulto se le brinda una atención especial que tiende a una calidad de vida óptima y digna.

Así, para mantener una buena calidad de vida en ese adulto mayor se debe:

Promover la creación de redes de apoyo con el fin de asegurar los vínculos, la compañía y el apoyo del núcleo familiar del adulto y así evitar la institucionalización y la penalización. Ya que es necesario involucrar de manera directa a la familia quien es la encargada de suplir la satisfacción de necesidades biológicas y afectivas de los individuos; responde por el desarrollo integral de sus miembros y por la inserción de estos en la cultura, la transmisión de valores para que se comporten como la sociedad espera de ellos. De ahí que la pertenencia a una familia constituye la matriz de la identidad individual. (Ley 1850, 2017, p.1).

Según lo anterior, para que un adulto mayor tenga un envejecimiento saludable y agradable, este debe de contar con apoyo tanto socioeconómico como cariñoso por parte de la familia o esa sociedad cercana. En caso de que lo anterior no llegue a suceder, es el gobierno el encargado del brindar ese apoyo socioeconómico como también el de penalizar a quienes segregan al adulto.

El presente trabajo investigativo busca integrar al adulto mayor en relaciones de armonía y de calidad. Para ello, se ofrece unos aportes al cuidador y al personal de salud sobre conceptos, acciones y actitudes que respondan a las leyes que cobijan al adulto en situación de desamparo.

En este sentido, la Ley 1850 (2017) sobre la inclusión del cuidador plantea “Incluir medidas con el fin de capacitar a los cuidadores informales que hay en los hogares para atender a sus familiares adultos mayores que se encuentren con enfermedades crónicas o enfermedad mental” (p.1).

Por consiguiente, es necesario diseñar estrategias didácticas para el aprendizaje de los diferentes conceptos de adulto mayor, las prácticas de intervención e interacción con el mismo y la valoración de esta etapa de la vida. Tales herramientas cognitivas ofrecidas en el presente trabajo investigativo al personal de salud o cuidadores empíricos, son útiles para capacitarlos y asumir una posición de compromiso con el bienestar de los adultos mayores. Esto también se

realiza para favorecer a los cuidadores que no cuentan con los recursos económicos o el acceso a una capacitación superior en el conocimiento del marco legal del adulto mayor.

La Constitución Nacional de Colombia (1991) frente a las personas vulnerables, exige igualdad en el trato:

Artículo 13. Todas las personas nacen libres e iguales ante la ley, recibirán la misma protección y trato de las autoridades y gozarán de los mismos derechos, libertades y oportunidades sin ninguna discriminación por razones de sexo, raza, origen nacional o familiar, lengua, religión, opinión política o filosófica. El Estado promoverá las condiciones para que la igualdad sea real y efectiva y adoptará medidas en favor de grupos discriminados o marginados. El Estado protegerá especialmente a aquellas personas que por su condición económica, física o mental, se encuentren en circunstancia de debilidad manifiesta y sancionará los abusos o maltratos que contra ellas se cometan. (Constitución política de Colombia, 1991, p.16).

Por cuanto este artículo es importante por la protección por parte del estado a esos adultos mayores en situación de indefensión e indigencia al interior de los hogares geriátricos de la nación, los cuales son sin ánimo de lucro y cuyo único fin es el de proteger y brindar vida digna a ese adulto mayor en indefensión.

### **FORMACIÓN EN HABILIDADES DEL LENGUAJE EN EL ÁREA DE SALUD**

Las facultades de Salud, además de sus saberes disciplinares asociados a los procesos fisiológicos, la relación salud-enfermedad y los sistemas de funcionamiento del cuerpo humano (óseo, nervioso, linfático, vascular, cardiopulmonar, entre otros) se ven obligados a profundizar en los procesos bioéticos debido al objeto de estudio de sus disciplinas. No obstante, el sentido de lo bioético se limita a la normatividad o regulaciones legales, dejando de lado otros aspectos relacionados con la interacción entre el paciente y el profesional de la salud.

La comunicación en todo el sentido de la palabra es un aspecto fundamental a estudiar o a enseñar por parte de las instituciones educativas que tienen la responsabilidad de formar a dichos profesionales.

Los profesionales de salud son los encargados de velar por la la buena salud de los pacientes (Naranjo B.IC, Ricaurte GP, 2006), los cuales la mayor parte de ellos enfatizan solo en la parte de aplicación de conocimientos y procedimental dejando de lado lo afectivo. El personal en salud debe ser una persona que se vea comprometida en la atención de los pacientes por componentes afectivos, ya que estos son pieza fundamental al momento de abordar el paciente, lo anterior sucede mucho con el personal de enfermería y demás personas las cuales laboran en salud, esto se da por el mantener una imagen implantada por la academia, la que ocasiona que el intercambio de efectivo y de cercanía con el paciente se vea limitado.

Para concluir, el profesional de enfermería debe ser una persona capaz de crear, por medio la comunicación, una relación terapéutica enfermera-paciente, en la cual se pueda conocer la persona cuidada, entender sus necesidades, prestarle ayuda cuando la necesite, aliviar su dolor aún en el caso de que no lo pueda expresar. La profesional de enfermería debe aprender a interpretar los gestos de su paciente, valerse de artimañas para lograr la comunicación con él, el ser asertiva, creativa, ingeniosa, noble, tolerante, respetuosa, discreta y, entre muchas otras cosas, capaz de lograr la evolución de su propia profesión, se requiere de nuevos procesos para alcanzar la formación del profesional de la desde una perspectiva global.(Naranjo B.IC, Ricaurte GP, 2006, p. 97)

A lo anterior, para poder que se de una adecuada interpretación del lenguaje no verbal entre cuidador primario y paciente , debe de haber un lazo afectivo entre ambos, esto con el fin de entender por qué está pasando el paciente, y así indagar sobre el cuadro sintomatológico de dolor presenta el mismo para de esta manera lograr una óptima intervención. Para que se de una adecuada intervención debe estar presente trato humano y justo, desde el mismo momento que ese paciente es intervenido por el profesional de salud, esto facilita además de lo anterior, a que esas barreras de la interlocución presentes por una discapacidad física no sean más limitantes comunicativos.

## **Capítulo 2. Metodología**

### **2.1 Introducción**

Este ejercicio investigativo se realizó con una población de 7 cuidadores en los hogares geriátricos “Amor y ternura” en tres de sus sedes ubicadas de la ciudad de Cali. Con respecto a las técnicas e instrumentos, fueron implementados los siguientes: encuesta sociodemográfica, registro audiovisual, observación participante, registro fotográfico y revisión de historias clínicas. Se realizó la clasificación de las patologías más frecuentes presentes en la totalidad de la población, edad, sexo y estado de conciencia de cada residente de los tres hogares; así mismo se obtuvo una muestra de 12 de los pacientes, 4 adultos mayores por cada sede donde todos los elegidos presentan funcionalidad osteomuscular, que limita el movimiento de MMII (miembros inferiores) y/o con restricciones. Al haber obtenido la muestra de los 12 adultos mayores se analizó la pragmática del lenguaje no verbal en cada uno de ellos.

### **2.2. Contexto**

Esta investigación se lleva a cabo en el contexto colombiano, en la ciudad de Cali, donde –desde la experiencia del investigador- al parecer, se da poco valor al adulto mayor.

### **2.3. Participantes**

Los participantes de la presente propuesta investigativa son 7 cuidadores de los adultos mayores en tres hogares geriátricos y 12 adultos mayores.

### **2.4. Recolección de datos**

Para la recolección de los datos se implementó una encuesta sociodemográfica adaptada (véase anexo # 1) (Corporación del Cesar, 2016). En segundo lugar, se realizaron videos (Anexo



# 2). En tercer lugar, se revisaron las historias clínicas para poder conocer las patologías presentes en la población de adultos mayores; un cuarto es el uso una tabla en la cual se consignaron aspectos acerca de la pragmática de los cuidadores del adulto mayor con funcionalidad osteomuscular, que limita el movimiento de MMII (miembros inferiores) y/o con restricciones y un quinto, que son unos archivos fílmicos de fotografías sobre ese lenguaje usado en carteles y señalización al interior del hogar geriátrico. (anexo # 3).

## **2.5 Validez**

Esta investigación, por ser de carácter cualitativo, presenta pocos datos cuantificables. Estos se expresan, únicamente, en la identificación de las patologías osteoartromusculares y su relación con el lenguaje no verbal; se menciona el número de adultos mayores y se clasifica cada patología estableciendo el número de personas de la tercera edad que la padecen.

En el caso de los cuidadores, en la caracterización se cuantifica, aunque no se trata de cifras mayores. El análisis cualitativo se hace a partir de las categorías identificadas y se amplía la explicación de los hallazgos.

## **2.6 Ética**

La información se obtuvo respetando los criterios éticos; para ello, los participantes firmaron el consentimiento informado, tanto los propietarios como los cuidadores de los 3 hogares geriátricos, que son de índole particular.

Se realizó el muestreo general de la población con acceso a historia clínica de cada paciente, la cual es de tipo confidencial y por esa razón se obvian los nombres de cada paciente.

## 2.7 Calendario de actividades

No	Actividad	Duración en meses					
		En./Feb.	Marz./ Abr.	May./ Jun.	Jul./ Agos.	Sep./ Oct.	Nov./ Dic.
1.	Definición de tema, título, problema, pregunta problema y objetivo general.	x	x				
1	Revisión de la bibliografía.	x	x	x			
2	Fijar los elementos de investigación y definición del modelo de investigación cualitativa.		x	x			
3	Redacción marco teórico estado del arte.		x	x	X		
4	Adaptación de encuestas sociodemográficas.			x			
5	Realización e interpretación de encuestas, análisis de videos, revisión de historias clínicas, revisión fílmica y realización de cuadro de análisis de la pragmática del adulto mayor.			x	X		
6	Hallazgos y diseño de la propuesta didáctica.				X	x	
7	Conclusiones y aspectos técnicos del informe					x	x

### **Capítulo 3. Hallazgos (y discusión)**

Este capítulo presenta la sistematización y análisis de los resultados, a partir de los datos recolectados. En este sentido, se inicia con la caracterización sociodemográfica de los cuidadores, encargados de velar por el bienestar de los adultos mayores de los Hogares Geriátricos escogidos.

En segundo lugar, se encontrará la correlación entre el lenguaje no verbal y la funcionalidad osteomuscular, que limita el movimiento de MMII (miembros inferiores) y/o con restricciones, en los adultos mayores seleccionados. Por otra parte, en este capítulo se analizan las dinámicas concernientes a la pragmática del lenguaje no verbal tanto en los cuidadores como en el contexto del hogar geriátrico.

Los datos encontrados en los anteriores momentos, con respecto al lenguaje no verbal, se adicionaron a otros hallazgos durante el proceso de investigación que dieron algunas pistas para los contenidos y metodologías de la estrategia didáctica propuesta.

#### **Caracterización de los cuidadores del adulto mayor, en tres hogares geriátricos de Cali**

Se caracterizó a los cuidadores de los adultos mayores mediante una encuesta sociodemográfica, adaptada de Corpocesar (2016), (Véase anexo 1). Esta se aplicó a 7 cuidadores del adulto mayor en los 3 hogares geriátricos.

La encuesta fue modificada de la siguiente manera: se omitieron las preguntas del texto original porque no se consideraron relevantes y, a su vez, se le agregaron nuevos cuestionamientos, siendo de pertinencia para la investigación. Del texto original se omiten: estatura, peso, lugar de residencia, estrato, dirección, número de personas a cargo, tenencia de vivienda, promedio de ingresos, antigüedad en la empresa, participación en actividades de salud

realizadas por la empresa, diagnóstico de alguna enfermedad; clase de riesgo, seguridad social y teléfono. Así se anexan nuevas preguntas como: ¿Reconoce usted qué tipo de funcionalidad osteomuscular, que limita el movimiento de MMII (miembros inferiores) y/o con restricciones padece el adulto mayor que atiende? Siendo así, describa lo característico en su postura; cuál es la postura que adopta un paciente con funcionalidad osteomuscular, que limita el movimiento de MMII (miembros inferiores) y/o con restricciones durante la marcha, según lo que usted observa; ¿cómo es el comportamiento del adulto mayor con funcionalidad osteomuscular, que limita el movimiento de MMII (miembros inferiores) y/o con restricciones al momento de relacionarse en sociedad? ¿qué sonido emite el adulto mayor en presencia de una funcionalidad osteomuscular, que limita el movimiento de MMII (miembros inferiores) y/o con restricciones y en situación de dolor?

A continuación, se presenta el análisis de los resultados de las respuestas a la encuesta sociodemográfica que se realizó a los auxiliares de enfermería (cuidadores) de los tres hogares geriátricos, para lo cual se organiza la información en la siguiente tabla, con el respectivo numeral de la pregunta, respuesta; posteriormente se escribe la interpretación.

Tabla 1. Resultados encuesta sociodemográfica

Numeral de pregunta	Respuesta	Conclusión
1. Edad	4 personas: 18-27 años 2 personas: 28-37 años 1 persona: 38-47 años	Predominio de personas jóvenes, que se desempeñan como cuidadoras. Elas están cargo de adultos mayores con funcionalidad osteomuscular, que limita el movimiento de MMII

		(miembros inferiores) y/o con restricciones.
2. Estado civil	4 personas casadas 3 personas solteras	Hay predominio de personas con compromiso marital.
3. Escolaridad	Técnico / tecnólogo (7 auxiliares de enfermería).	El total de la población encuestada tiene formación académica técnico auxiliar en enfermería.
4. Sexo	Total de: Hombres: 2 Mujeres: 5	Hay mayor predominio de sexo femenino entre los cuidadores del adulto mayor.
5. Tiempo libre	3 personas estudian. 1 Persona labores domésticas. 2 Personas practican algún deporte y realizan actividades recreativas.	Algunas personas estudian y muy pocas practican algún deporte en su tiempo libre que, manifiestan, es muy poco.
6. Trayectoria como cuidador	2 personas: menos de 1 año. 4 personas: 1 – 5 años 1 persona: 5 – 10 años.	Predominan las personas que tienen mayor trayectoria atendiendo al adulto mayor, lo cual supone mejor calidad del servicio.
7. Consumo sustancias psicoactivas.	Si: 3 personas ocasionalmente alcohol. No: 4 personas no consumen	La mayoría de personas no consumen alcohol.

	alcohol.	
8. Actividades físicas.	Sí: 4 personas practican, aunque de manera esporádica, fútbol, ciclismo y caminata; otras van al gimnasio. No: 3 personas no lo practican.	La mayoría de los cuidadores realizan deporte de manera esporádica, debido a las jornadas extenuantes de trabajo.
9. Fuma	No fuman: 6 personas. Si fuman: 1 persona.	Solamente una persona fuma de manera ocasional.
10. Estado de salud.	1 persona ninguna molestia. 2 Personas dolor de cabeza. 5 personas dolor de cuello, espalda y cintura. 2 personas dolores musculares. 1 persona dificultad para algún movimiento. 2 personas gastritis y úlcera. 2 personas alteraciones del sueño. 3 personas mal genio. 2 personas cansancio mental. 1 persona cambios visuales. 2 personas cansancio, fatiga, ardor o disconformidad visual.	Nota: varias de las personas encuestadas presentan 1 o más molestias al mismo tiempo. El predominio de los síntomas que presentan los cuidadores es a nivel de tronco superior, debido al uso continuo de fuerzas con el adulto mayor. Las demás personas presentan síntomas asociados a la fatiga corporal por manejo de cargas.

	1 persona sensación permanente de cansancio.	
11. Reconocimiento patologías y posturas (kinesis).	<p>Sí: 7 personas reconocen las patologías.</p> <p>Respuestas abiertas</p> <p>Caída y fractura: 2 personas (pacientes lateralizados, 3 personas (pacientes postrados en cama) y 2 personas (alteración en postura).</p> <p>Osteoporosis: 2 personas no conocen.</p> <p>2 personas: dolor por fractura.</p> <p>3 personas: disminución en la marcha.</p> <p>Artritis reumatoide:</p> <p>4 personas: malformaciones articulares y son asistidos.</p> <p>3 personas: desconocen de la patología.</p> <p>Osteoartritis: 7 personas desconocen de patología.</p> <p>Artritis infecciosa: 6 personas</p>	<p>Las respuestas de los cuidadores con respecto a cada patología son insuficientes, hay desconocimiento de lo relacionado con la enfermedad. Esto puede ser debido a su formación.</p> <p>Tampoco conocen el comportamiento no verbal del paciente con funcionalidad osteomuscular, que limita el movimiento de MMII (miembros inferiores) y/o con restricciones.</p>

	desconocen y 1 persona manifiesta que los pacientes refieren dolor articular.	
12. Postura / marcha (kinesis) en pacientes.	<p>3 Personas: camina erguido y en ciertas posiciones le aumenta el dolor cambiando su postura.</p> <p>3 Personas: camina doblado con mucho dolor y cojea.</p>	La totalidad de la población encuestada responde que el total de los pacientes adultos mayores presentan cambios en su comportamiento no verbal durante la marcha, variando de una posición a otra, debido al dolor.
13. Comportamiento del paciente en el contexto. (proxemia).	<p>6 personas: es distante y poco sociable con su entorno.</p> <p>1 persona: se relaciona bien con su entorno.</p>	<p>6 de 7 personas responden que los adultos mayores con funcionalidad osteomuscular, que limita el movimiento de MMII (miembros inferiores) y/o con restricciones se aíslan de los demás por sus dolencias y solo 1 persona manifiesta que ellos se relacionan bien con su entorno, debido a los otros componentes implicados en cada paciente como el mental.</p> <p>Ese comportamiento proxémico se ve</p>



		alterado buscando cada persona su propio espacio por dolor.
14. Paralenguajes en el paciente.	4 Personas: sonidos monosílabos. 2 Personas: llora.	El paralenguaje que predomina, producido por dolor, es el uso de sonidos monosílabos y, en algunas ocasiones, se manifiesta llanto.
15. Gestualidad en el paciente.	6 personas: realiza múltiples muecas y gestos. 1 persona: se mantiene en silencio y estático.	El total de la población encuestada concluye que los pacientes con funcionalidad osteomuscular, que limita el movimiento de MMII (miembros inferiores) y/o con restricciones, en lo gestual, se comunica con numerosos movimientos faciales, los cuales son exagerados. En otros se presenta inexpresión por la presencia del dolor.

La tabla anterior muestra que la totalidad de personas entrevistadas son adultos jóvenes entre 18 a 47 años, quienes por jornadas laborales extensas no son proactivos en el cuidado del adulto mayor con funcionalidad osteomuscular, que limita el movimiento de MMII (miembros inferiores) y/o con restricciones. La mayoría de ellos se encuentran comprometidos afectivamente. Predominan las mujeres y todos son auxiliares de enfermería; su perfil laboral está centrado en el cuidado del adulto mayor. Sus jornadas laborales son extensas, razón por la cual

son pocas las personas que continúan estudiando; no obstante, realizan sus labores domésticas y solo algunos de ellos efectúan actividades de recreación y deporte.

Con respecto al tiempo de experiencia laboral, en la actividad geriátrica, los entrevistados manifestaron que es mayor a un año. Es relevante destacar que la calidad de este servicio se garantiza siempre y cuando haya unos hábitos de vida saludable en los trabajadores como, por ejemplo evitar la ingesta de alcohol. En este caso las personas que trabajan con el adulto mayor cumplen con esa condición, casi ninguno fuma o bebe y si lo hacen es en ocasiones muy especiales.

Los cuidadores expresaron que regularmente no hacen ejercicio ni tienen vida deportiva ni recreativa, lo cual es un factor de riesgo para su salud y no es un buen ejemplo para este gremio que se ocupa del cuidado del cuerpo y la mente. En parte, a ello se debe la exteriorización de dolores musculares, de cabeza y demás, producto del estrés laboral, según lo manifiestan.

En cuanto a los conocimientos que tienen los auxiliares de enfermería sobre proxemia, kinesis, paralenguaje y gestualidad del paciente adulto mayor con funcionalidad osteomuscular, que limita el movimiento de MMII (miembros inferiores) y/o con restricciones, son insipientes, pues los cuidadores no conocen los síntomas de cada patología y sus repercusiones a nivel del lenguaje no verbal en el adulto mayor. Las respuestas a los cuestionamientos fueron dadas muy superficialmente, desde la experiencia personal como trabajadores del área de geriatría.

El lenguaje no verbal, perteneciente a las ciencias del lenguaje, se deja de lado en otras ramas del conocimiento, pero se sabe que siempre está implícito. Por ello, es necesario fortalecerlo y precisar los códigos al interior de la comunicación con los adultos mayores, en este caso. Por consiguiente, es de resaltar la importancia del presente trabajo investigativo como una

oportunidad para mejorar las interacciones en los hogares geriátricos, mediante el diseño de estrategias didácticas en comunicación no verbal para los cuidadores de los adultos mayores. Adicionalmente, esta investigación logra un grado importante de interdisciplinariedad, en tanto relaciona las ciencias sociales, las ciencias del lenguaje y las ciencias naturales.

### **Relación entre la comunicación no verbal y las patologías de cadera, en los adultos mayores**

Una vez conocidas las características de los cuidadores es importante también el reconocimiento de los adultos mayores, que residen en los hogares geriátricos, quienes padecen patologías frecuentes como las mentales, cardiovasculares y las asociadas a la locomoción. Estas últimas, y particularmente las de funcionalidad osteomuscular, que limitan el movimiento de MMII (miembros inferiores) y/o con restricciones, les impiden realizar las actividades de la vida diaria. A pesar de ello los adultos mayores suelen expresar su dolor o incomodidad a través del lenguaje no verbal; como este no es tan preciso y ellos usualmente no manifiestan su dolor de manera verbal es necesario que los cuidadores comprendan qué intentan comunicar sus pacientes.

Con respecto a dichas características, a partir de la revisión e interpretación de las historias clínicas, se precisa que la totalidad de la población de pacientes de los tres hogares geriátricos fue de 78. En la sede de Pance hay un total de 30 pacientes. El número de hombres residentes es de 9 y mujeres de 21, donde las patologías más frecuentes son: mentales, 26 personas; diabetes, 9 personas; hipertensión arterial, 11 personas y enfermedades de tipo osteoartromusculares, 5 personas, todas del género femenino.

En la sede de Casa Blanca hay un total de 21 pacientes; el número de hombres residentes es 9 y de mujeres 12, donde las patologías más frecuentes son: Las mentales, 12 personas; diabetes, 2 personas; hipertensión arterial, 7 personas y enfermedades de tipo

osteartromusculares son 8 personas, de los cuales 7 son mujeres y 1 es hombre; en la sede San Fernando hay un total de 27 pacientes, el número de hombres presentes es de 11 y mujeres de 16, donde las patologías más frecuentes son las mentales, con 18 personas, diabetes con 1 persona, hipertensión arterial, 7 personas y enfermedades de tipo osteartromusculares son 6 de los cuales 4 son mujeres y 2 son hombres.

Es importante aclarar que la mayor parte de los pacientes que residen en los tres hogares geriátricos poseen más de una patología por envejecimiento o segundas patologías a consecuencia de este proceso natural. La cantidad de población interna en los tres hogares geriátricos de mujeres es un total de 48 mujeres y 30 hombres. Siendo así las patologías más frecuentes son las mentales con un total de 56 personas de las cuales 35 son mujeres y hombres 21. Se encuentran 11 personas padeciendo de diabetes: 7 mujeres y 4 hombres.

Por otra parte, en los tres hogares geriátricos, 25 adultos mayores padecen de hipertensión; de ellos, 17 son mujeres. Otras patologías son las osteartromusculares, que ocurren por los malos hábitos de vida o por accidentes. Estas pasan desapercibidas y se han estudiado poco, razón por la cual en esta investigación juegan un papel protagónico y también debido a las implicaciones tan importantes que tienen en la vida del adulto mayor. En el caso de los hogares geriátricos, 19 personas padecen de patologías osteartromusculares; 16 de ellas son mujeres.

Según Durán y otros (2010), algunas causas por las que se manifiestan estas patologías osteartromusculares, en el género femenino, se deben a los diferentes cambios hormonales y a los excesivos trabajos del hogar, a lo largo de sus vidas.

Se prosigue con la información y el análisis acerca de la población que habita los tres hogares geriátricos, datos tomados de las historias clínicas, los cuales se organizaron en la tabla 2

y se resaltó a los 12 adultos mayores, que se tomaron como muestra para el análisis de su lenguaje no verbal. Se mencionan en la tabla los siguientes elementos: la sede donde habita el paciente, sexo, estado mental y si posee una patología osteoartromuscular de base o no. Se hace la aclaración de cada paciente al cual se le analizó el uso del lenguaje no verbal (se realiza observación), situado en casilla de estado de conciencia.

Tabla 2. Población de los tres hogares geriátricos, a partir de las historias clínicas.

Significado de los códigos:				
Paciente sede Casa Blanca: Pc				
Paciente sede Pance: Pp				
Paciente sede San Fernando: Ps				
Hombre: H				
Mujer: M				
Conciente: B				
No conciente: C				
Patología osteoartromuscular: S				
No patología osteoartromuscular: N				
Paciente	Sexo	Edad	Tipo de patología	Estado de conciencia
Ps1	H	78	N	B
Ps2	M	87	N	B

Ps3	M	76	N	C
Ps4	H	68	N	B
Ps5	H	70	N	B
Ps6	M	69	N	C
Ps7	M	75	N	C
Ps8	H	62	N	B
Ps9	M	76	N	C
Ps10	M	63	N	B
Ps11	H	81	N	B
Ps12	H	87	S	C  (Se realiza observación)
Ps13	H	89	N	C
Ps14	H	65	N	B
Ps15	H	90	N	C
Ps16	M	97	S	C  (Se realiza

				observación)
<b>Ps17</b>	<b>H</b>	<b>89</b>	<b>S</b>	<b>B</b>  (Se realiza observación)
Ps18	M	102	S	C  (Se realiza observación)
Ps19	M	81	N	B
Ps20	M	88	N	B
Ps21	M	53	N	B
Ps22	M	102	N	C
Ps23	M	45	N	C
Ps24	H	88	N	B
Ps25	M	96	N	C
Ps26	M	61	N	B
Ps27	M	79	N	C

Paciente	Sexo	Edad	Tipo de patología	Estado de conciencia
Pc1	H	66	N	C
Pc2	M	60	N	C
Pc3	H	80	N	B
Pc4	M	93	S	B  (Se realiza observación)
Pc5	M	96	N	C
Pc6	M	96	N	C
Pc7	H	81	N	C
Pc8	M	90	S	B  (Se realiza observación)
Pc9	M	79	N	B
Pc10	H	89	N	C
Pc11	H	73	N	C
Pc12	H	84	N	C



Pc13	M	84	N	C
Pc14	M	84	N	B  (Se realiza observación)
Pc15	M	90	N	C
Pc16	H	82	N	C
Pc17	H	79	N	C
Pc18	M	94	S	C  (Se realiza observación)
Pc19	M	98	N	C
Pc20	H	77	N	C
Pc21	M	77	N	C

Paciente	Sexo	Edad	Tipo de patología	Estado de conciencia
Pp1	M	95	N	C
Pp2	M	80	N	C
Pp3	M	84	N	C

Pp4	M	81	N	C
Pp5	M	79	S	C  (Se realiza observación)
Pp6	M	91	N	C
Pp7	M	87	N	C
Pp8	M	75	N	C
Pp9	M	85	N	B
Pp10	M	75	S	C  (Se realiza observación)
Pp11	M	91	S	B  (Se realiza observación)
Pp12	M	78	N	B
Pp13	M	60	N	B
Pp14	M	81	N	C
Pp15	M	67	N	B

Pp16	M	83	N	B
Pp17	M	69	N	B
Pp18	M	83	N	C
Pp19	M	92	N	B
Pp20	M	85	N	C
Pp21	M	87	S	B  (Se realiza observación)
Pp22	H	89	N	C
Pp23	H	95	N	C
Pp24	H	86	N	C
Pp25	H	85	N	B
Pp26	H	76	N	C
Pp27	H	82	N	C
Pp28	H	78	N	C
Pp29	H	78	N	C
Pp30	H	59	N	C

Sobre el grupo de muestra (12) se procedió a organizar un cuadro de las patologías más frecuentes en los pacientes de la tercera edad en todas sus sedes.

Tabla 3. Patologías más frecuentes en los pacientes de la tercera edad en los tres hogares geriátricos.

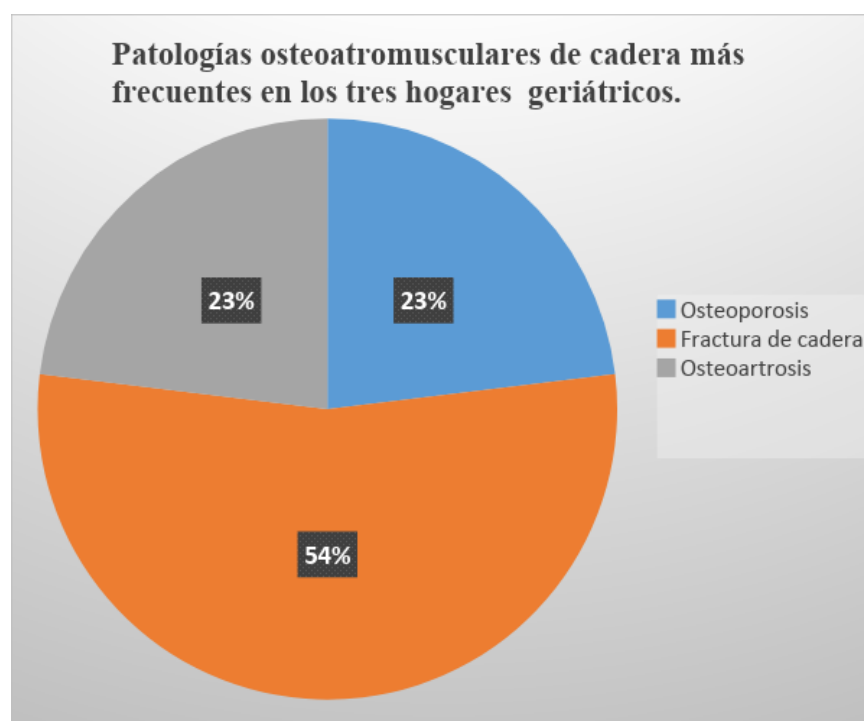
Hogares geriátricos	Pacientes	Patología osteoporosis	Patología fractura de cadera	Patología Osteoartrosis
Sede San Fernando	Ps12,Ps16,Ps17 Y Ps18		Ps12, Ps16 y Ps17	Ps18
Sede Pance	Pp5,Pp10,Pp11 Y Pp21	Pp11	Pp5, Pp10 y Pp21	
Sede Casa Blanca	Pc4, Pc8, Pc14 y Pc18	Pc4 y Pc8	Pc14	Pc8 y Pc18

Los datos anteriores fueron obtenidos a partir de la muestra de los pacientes con funcionalidad osteomuscular, que limita el movimiento de MMII (miembros inferiores) y/o con restricciones más frecuentes, en los tres hogares geriátricos (12); para ello, se tuvo en cuenta el estado de conciencia, que en este caso son 6 en estado alterado y el resto conserva sus funciones mentales para comunicarse. De igual manera, se toma como muestra 3 pacientes de la sede San Fernando los cuales padecen como patología de cadera fractura y 1 con osteoporosis, 3 pacientes de la sede Pance que padecen fractura de cadera y 1 padece de osteoporosis y de la sede Casa

Blanca, 1 paciente padece fractura de cadera, 2 pacientes padecen de osteoporosis y 2 de osteoartrosis; uno de ellos, presenta las dos últimas enfermedades.

Sumado a ello, se evidencia dentro de la muestra que son 7 los pacientes que padecen de fractura de cadera, 2 de ellos son hombres y 3 de las 5 mujeres restantes, presentan osteoporosis. Teniendo en cuenta que una mujer, de las 5 anteriores, además padece osteoartrosis, se suma a las otras dos que padecen esta última enfermedad.

Otra cuestión relevante que arroja la relación entre los datos de los adultos y sus patologías –mediante la observación participante, las historias clínicas y algunas conversaciones informales aisladas- es conocer que la mayoría de ellos no realizó actividad física a lo largo de la vida; esto debido a las concepciones culturales de estas generaciones, donde el ejercicio no era considerado como hábito.



En segundo lugar, se va a correlacionar el lenguaje no verbal con las patologías osteoartromusculares en los adultos mayores que residen en tres hogares geriátricos de la ciudad de Cali. Esto con el fin de revisar cuáles son los aspectos del lenguaje no verbal que predominan en ellos y que les sirven como elementos de comunicación con sus cuidadores.

Tabla 4. Relación de la comunicación no verbal con las patologías.

<u>Patología</u>	<u>Gestual</u>	<u>Kinesis</u>	<u>Proxémico</u>	<u>Paralenguaje</u>
<u>Osteoporosis</u>	No presenta alteración alguna, solo en presencia de dolor por la fractura a consecuencia de la osteoporosis,	Movimientos pausados o cuidadosos y, en algunas ocasiones, se presenta postura encorvada por deterioro de los	Se desenvuelven en total normalidad con el grupo.	No manifiestan sonidos de jadeo o gritos.

	el paciente manifiesta con gestos faciales según nivel de dolor.	huesos.		
<u>Fractura de cadera</u>	Se manifiesta con muecas y alteraciones en los movimientos de la cara en presencia de dolor.	Retraídos y en posición estática en presencia de dolor.	Aislados del grupo o susceptibles a estar en cama por las implicaciones de la fractura en complicación multisistémica y dolor.	Manifiestan sonidos de jadeo o gritos en presencia de dolor por la fractura.

Osteoartrosis	Muestra irritación con facilidad y llora debido al dolor en la marcha.	Marcha lenta, pausada y con dificultad por rigidez articular y dolor.	Aislamiento mayormente por presencia de dolor.	Gritos y alaridos en presencia de dolor; toleran poco el movimiento articular.
---------------	--	---	--	--

El dolor es el principal síntoma que modifica la pragmática del lenguaje no verbal en el adulto con patología de cadera y altera la postura en estos adultos mayores, pues es un síntoma inherente a la enfermedad. Por ello es indispensable que en esta investigación se establezca una correlación entre el dolor y su expresión, con el propósito de corroborar con los cuidadores cuánto saben de esta comunicación que puede facilitar la atención a la población de los hogares geriátricos.

Por consiguiente, se realizó la observación y el análisis acerca del uso del lenguaje no verbal en los adultos mayores que presentan patologías osteoartromusculares y se discriminó por cada una de las sedes de los hogares geriátricos.

Tabla 5. Pacientes y su pragmática del lenguaje no verbal.

### Sede San Fernando

Paciente	Proxemia	Kinesis	Paralenguaje	Gestual
Ps12	Distante del grupo en su actitud y poca relación con entorno, a pesar de estar cerca de sus compañeros.	Postura encorvada, hombros hacia adelante y flexión de cadera y rodillas, por mucho tiempo,	Silbidos y sonidos monosílabos al necesitar de las demás personas.	Contrae el rostro cuando hay presencia de dolor y se molesta. En su cotidianidad es



		<p>permanece en silla de ruedas.</p> <p>Manotea, cuando hay dolor por su inmovilidad. No marcha por sí solo, se debe ayudar con el caminador y presenta poca base de sustentación con desequilibrio durante la marcha.</p>		<p>inexpresivo y mantiene la mirada perdida.</p>
Ps16	<p>Mantiene alejado del grupo por demencia. No tiene relación de cercanía con nadie.</p>	<p>Posición jorobada.</p> <p>Mantiene sedente.</p> <p>Responde con agresividad de un momento a</p>	<p>No emite sonido alguno ante el dolor. Es inexpresiva.</p>	<p>Sonríe constantemente y le cambia el genio de manera repentina por su demencia.</p> <p>Mantiene mirada</p>

		<p>otro. Marcha con ayuda de otra persona, amplia base de sustentación y pie derecho rotado hacia afuera por cirugía de cadera derecha.</p>		<p>perdida.</p>
Ps17	<p>Alejado del grupo, aparentemente sin causa alguna, a menos que haya acercamiento de los demás hacia él.</p>	<p>Postura encorvada y retraída. Marcha con ayuda de caminador asistido, poca base de sustentación, camina agachado y arrastra los pies en pasos cortos.</p>	<p>Emite sonidos y silbidos haciendo, bulla por su demencia.</p>	<p>Boca abierta mirada perdida, y llora contantemente.</p>

Ps18	Tiene relación con gran parte del grupo siendo muy conversador y toma la interlocución.	Posición agachada por posición en silla de ruedas gran parte del tiempo, marcha casi nula y arrastra los pies con postura encorvada y poca base de sustentación, hay desequilibrio.	Sonidos monosílabos y gritos. Al dolor refiere llanto.	Llora y hace cara de angustia por dolor, como también al ponerse de pie cambia su gesto facial al de malestar.
------	---	---	--	--

### Sede Casa Blanca

Pacientes	Proxemia	Kinesis	Paralenguaje	Gestual
Pc4	Mantiene relación con el entorno.	Marcha lenta y con bastón con ayuda de persona. Lenta al caminar con pasos cortos y base de	Suspira y hay quejidos al presentar dolor. Refiere dolor general por osteoporosis, a pesar de ser	Se pone de mal genio por dolor y arruga la cara. Se cohibe de su vida normal por malestar.

		sustentación amplia; frente al dolor se queda inmóvil y se aísla del grupo.	asintomática.	
Pc8	Permanece postrada en cama y se relaciona con el entorno por estar conciente.	Limitante en su marcha por estar en cama, se queja frente al dolor, llora y “arma pataleta”.	Llama con sonidos a las demás personas en caso de necesitarlas y es conciente de ello. Su rostro es muy expresivo, refleja con facilidad cada estado de ánimo.	Llora y hace pataleta al presentar dolor. Cambia su cara con facilidad al no estar conforme con alguna situación de conveniencia para ella.
Pc14	Tiene buena relación con el entorno. Al presentar dolor se aísla del grupo.	Posición sedente en silla de ruedas. Encorvada y con flexión de cadera al ponerse de	Al presentar dolor emite gestos sin sonidos. Silva o hace sonidos si necesita de una	Se pone mal humorada al dolor y con cara de amargura, llora muchas veces al estar

		pie, no camina, pero está consiente. Al momento de presentar dolor se pone de malgenio.	persona.	inconforme con algo o por dolor.
Pc18	Tiene buena relación con su entorno a pesar de su demencia.	Camina con base de sustentación amplia por dolor en rodilla y se manda ambas manos en rodilla derecha cuando refiere dolor.  Canina lentamente y arrastra los pies.	Mirada perdida en silencio con inexpresión facial constante.  Grita al necesitar de alguien.	Llora al haber dolor o se pone grosera con cambios repentinos en el estado de ánimo.

### Sede Pance

Pacientes	Proxemia	Kinesis	Paralenguaje	Gestual
Pp5	Hay demencia.	No camina por sí	Inexpresiva, con	Inexpresiva con

	La paciente está apartada del grupo; no se relaciona con los demás abuelos.	sola. Postura retraída por sedente. A la marcha no lo hace por sí sola, hay poca base de sustentación al caminar con posición encorvada. Al presentar dolor grita y manotea, llorando y siendo grosera.	mirada perdida y no habla; si se comunica con alguien lo hace con balbuceos y sonidos glotales.	mirada perdida; al presentar dolor se pone seria o llora, cambiando sus gestos faciales con facilidad.
Pp10	Padece demencia. Se mantiene alejada del grupo por ceguera y poca audición.	Cuerpo inexpresivo. En ocasiones, movimientos exagerados de brazos y piernas.	Permanece en silencio mayormente o duerme constantemente en posición sedente. Algunas veces	Rostro inexpresivo. A veces cambia sus gestos por rasgos de mal humor.

			habla sola. Lloro cuando hay dolor.	
Pp11	Conciente.  Mantiene buena relación con el entorno.	Camina con caminador y asistida. Pasos cortos, arrastrando los pies con poca base sustentación y desequilibrio a la marcha. Al dolor se aparta del grupo o manifiesta que necesita ayuda.	Al presentar dolor se queja o llora.	Le cambia el genio o llora frente al dolor.
Pp21	Hay demencia.  Tiene buena interlocución con el grupo.  Posición sedente	No camina por sus medios, presenta postura agachada al ponerse de pie;	Muy expresiva.  Reacciona con groserías y palabras soeces si está	Es muy expresiva según estado de ánimo.  Frunce el ceño si hay dolor. En el

	constante.	da pasos cortos y refiere dolor.	inconforme con algo.	rostro refleja su malestar si algo le disgusta o su alegría, si le agrada.
--	------------	----------------------------------	----------------------	--

Una vez realizada la anterior observación en los 12 ancianos, se concluye que todos presentan posturas cifóticas o jorobadas, por cuanto es una característica no verbal en ellos, la postura agachada. Debido al grado de conciencia presente o no en ellos; cada uno de esos adultos mayores hacen uso de unos comandos no verbales al comunicarse con sus semejantes, donde si presentan un buen estado de conciencia se comunican por señas o movimientos de manos o cara y al no tener estado de conciencia o sufrir de demencias, ellos hacen caso omiso en la interlocución entre emisor-receptor, por cuanto se hallan inmóviles e inexpresivos la mayor parte de las veces y con mirada perdida.

Es de relevancia el mencionar que debido a la funcionalidad osteomuscular, que limita el movimiento de MMII (miembros inferiores) y/o con restricciones (según CIF, B710, p. 121) presentes en ellos, se limitan en movimientos y manifiestan que gran parte del día permanecen sentados o acostados en cama. Esto, además de situaciones de demencia o problemas de memoria, hace que su lenguaje verbal disminuya, pero recurren al no verbal, aunque en ocasiones este es un reflejo del dolor que exagera elementos paralingüísticos como gemidos, tonos elevados de voz, ruidos monosílabos y también estimula los gestos y movimientos corporales.



## **El lenguaje no verbal en los cuidadores del adulto mayor y en el contexto de los hogares geriátricos.**

### **Pragmática del LNV en los cuidadores**

En tercera instancia, se identificó cómo funciona la pragmática del lenguaje no verbal en los cuidadores del adulto mayor y en el contexto donde laboran, para lo cual se realizó una observación participante directa y se recurrió a medios audiovisuales.

En este sentido, se observó a los auxiliares y se les tomaron algunas escenas cotidianas, donde se relacionan con los pacientes. Para ello, se hicieron 7 videos de corta duración con el consentimiento tanto de los adultos mayores como de los auxiliares y de los hogares.

Los videos se implementaron como herramienta de análisis acerca del uso del lenguaje no verbal, pero también fueron insumo para el ejercicio metacognitivo, donde los cuidadores reconocieron sus fortalezas y debilidades frente al tema de la comunicación no verbal y sus percepciones acerca del adulto mayor. Los videos se analizaron implementando las categorías de la pragmática del lenguaje no verbal según lo kinésico, proxémico, lo gestual, el paralenguaje y el contexto. La descripción y el análisis se pueden observar en la tabla número 6.

Cada imagen –tomada de los videos- es la representación del lenguaje no verbal analizado en el proceso investigativo del presente trabajo. Anexo # 2.

La siguiente tabla muestra las dinámicas de la pragmática de la comunicación no verbal por parte de 7 cuidadores al interior de los tres hogares geriátricos. Se realiza la correlación de cada uno de los cuidadores en relación a la interacción con el adulto mayor a partir del análisis del registro audiovisual (anexo # 2). Asimismo, se analiza cómo es la kinesia, proxemia, paralenguaje y lo gestual para realizar más adelante la triangulación entre sus comportamientos mediante la comunicación no verbal y las interacciones con el adulto mayor.

Tabla 6. Análisis de los videos: pragmática del lenguaje no verbal en los cuidadores de los adultos mayores.

Sujeto	Kinesis	Proxemia	Paralenguaje	Gestual	Descripción
C 1	El cuidador se presenta indiferente ante el adulto mayor, sus movimientos son limitados. Su quietud denota pereza y monotonía en su quehacer.	Solo se acerca a la paciente cuando se dispone a aplicar una inyección. A pesar de tener poco acercamiento a la paciente, invade su espacio cuando, al parecer sin intención, se para sobre sus zapatos.	Limitado en el lenguaje verbal y solo expresa un par de enunciados a manera de interrogación.	No manifiesta expresiones faciales; mantiene una actitud de indiferencia.	El cuidador presenta poca kinesis; solo se acerca al adulto cuando realiza una intervención de enfermería. Sus limitadas expresiones verbales impiden comunicación libre con la paciente, quien se percibe inquieta e incómoda.
C 2	Su kinesis se	La cuidadora solo	Interactúa con	La mirada	La cuidadora

	<p>limita a solo el uso de su mano para dar alimento a la paciente.</p>	<p>acerca la cuchara para dar el alimento a la paciente, pero se encuentra retirada a un metro de distancia, aproximadamente .</p>	<p>la paciente llamándola por su nombre: “Maria Elena, abre la boquita”, pero se dirige a ella en un tono suave y cariñoso. Luego la cuidadora se distrae y continúa dando el alimento de manera mecánica.</p>	<p>está perdida y la desvía al interactuar con otro cuidador. Se nota indiferente.</p>	<p>muestra interés por la paciente cuando comienza a darle el alimento, sin embargo no hay una comunicación directa durante toda la sesión.</p>
C 3	<p>El cuidador es muy expresivo con su cuerpo; sus movimientos</p>	<p>El cuidador maneja una distancia inusual con el paciente, llegando a invadir su espacio,</p>	<p>No emite sonido alguno para con el paciente.</p>	<p>Expresivo y con mirada fija, conectando con el adulto mayor.</p>	<p>Su lenguaje kinésico crea lazos de cercanía y sus gestos dejan ver conexión entre</p>

	<p>revelan una interacción permanente con el adulto mayor. Esto se evidencia cuando le acomoda la camiseta y el saco para que se vea bien. Le da el alimento y asume una posición de estar pensativo frente al paciente. Se nota preocupación por él.</p>	<p>cuando se sienta casi sobre sus piernas. Toma del brazo al adulto mayor sin ninguna limitación para acercarse a él. Se nota confianza y compromiso con su labor. Esto se evidencia también cuando acomoda la postura corporal del paciente.</p>			<p>el emisor y el receptor. El paciente también se nota confiado en su cuidador.</p>
--	---	--	--	--	--

C 4	<p>La cuidadora realiza movimientos bruscos y repetitivos con los brazos y la cuchara al introducir el alimento en la boca del adulto mayor, sin dar tiempo a la deglución del paciente.</p>	<p>La cuidadora se acerca al paciente, pero se nota afanada por terminar su labor. Con su expresión verbal quiere hacer ver su cercanía con el paciente, pero su corporalidad dice lo contrario.</p>	<p>Sus comandos de voz son rápidos y repetitivos; La cuidadora intenta dar ánimo al paciente y reitera que el alimento está de buen sabor; esto lo apoya con interjecciones y alargando palabras como “riiicoooo”, “eessooo” para estimular el apetito del paciente. El tono de voz</p>	<p>Mirada expresiva y hace gesticulación con la boca, con el fin de llamar la atención del paciente.</p>	<p>La cuidadora se ve apresurada a terminar su labor. Su comunicación no verbal es un esfuerzo que no hace reaccionar al paciente. Este solo se limita a comer.</p>
-----	--	--	---	--	---

			es muy elevado para la distancia que maneja con el adulto mayor.		
C 5	La cuidadora mueve el brazo para dar el alimento; inclina levemente el cuerpo de lado y lo balancea un poco hacia adelante para acomodar bien la cuchara en la boca del paciente.	Conserva una distancia adecuada para comunicarse con su paciente, tanto de manera verbal como no verbal. No invade su espacio.	El tono de voz de la cuidadora es agradable. Ella da el turno al paciente para que interactúe con ella. Se interesa por la opinión del adulto mayor con respecto a si la comida está fría o caliente y le pregunta si le gusta.	La cuidadora, aunque es poco expresiva, busca con su mirada el rostro del paciente e interactúa de esa forma con él.	La cuidadora interactúa con el paciente a través del movimiento del cuerpo, la mirada y la conversación con un tono interesado en lo que el paciente piensa. Este responde de forma verbal y no verbal a sus interrogantes. Al parecer, se

					siente cómodo con el cuidado que ella le brinda.
C 6	Por la actividad que realiza esta cuidadora, se observan diferentes movimientos : cambios de posición de la paciente, cargada y desplazamiento a la silla de ruedas. Estos movimientos son muy técnicos.	Hay alto grado de proximidad con la paciente porque debe ayudarle a moverse. La cuidadora finaliza esta intervención con un movimiento brusco; esto, al parecer, disgusta al adulto mayor, según su gestualidad.	La cuidadora hace poco uso de las palabras. En tono de pregunta dice a la paciente “¿por qué se pone así?” y, cuando la sienta en la silla le pide que la suelte, con una entonación de voz larga y un poco molesta, aunque su rostro diga lo contrario. Se	El rostro de la cuidadora es inexpresivo e indiferente al interactuar con la paciente. La auxiliar solamente hace una mueca que aparenta ser una sonrisa.	La actitud de la cuidadora es poco afectiva frente a la adulta mayor, razón por la cual esta reacciona de manera agresiva al verla ingresar al cuarto.

			percibe mucho silencio en la intervención.		
C 7	La cuidadora presenta pocos movimientos : primero estira el brazo para dar una bebida al paciente, interactuando con él. Luego ella se inclina para simular que está tomando del mismo vaso del adulto	Hay una distancia adecuada entre el paciente y la cuidadora. Esta se muestra atenta al adulto mayor y realiza un acercamiento con una de sus pertenencias, el vaso, lo cual indica proximidad con él. De esto se puede connotar la expresión popular “comen” del mismo plato”; es decir, da a	La cuidadora realiza una interjección para dar a entender al paciente que el alimento es agradable. Esto motiva al adulto mayor a continuar con la ingesta de la bebida.	La comunicación gestual entre la cuidadora y el adulto mayor está mediada por la mirada y, en ella, una que otra sonrisa.	La cuidadora atiende de manera amable al paciente de tal forma que consigue comunicarse con él, implementando la imitación como estrategia para cumplir con su labor. El adulto mayor reacciona de manera positiva ante la atención de la cuidadora.



	mayor.	entender que tienen confianza.			
--	--------	-----------------------------------	--	--	--

Los datos anteriores corresponden a la filmación de los videos que se realizaron con 7 cuidadores de los adultos mayores, 5 de ellos son mujeres y 2 hombres. Ellos tienen formación académica en tecnologías o carreras técnicas para cuidado y atención a las demás personas.

A continuación se realiza el análisis de la pragmática asociada al lenguaje no verbal por parte de los cuidadores, donde se observa que la kinesia en cada uno de ellos es diferente, siendo algunos movimientos rápidos o lentos, donde hay mayor trabajo del tronco superior. Esto se debe a que la fuerza y trabajo motriz lo realizan con los brazos, debido a la atención constante para cambiar de posición a los adultos.

Por otra parte, la proxemia o la distancia que manejan es muy cercana, debido a la necesidad de manipular los cuerpos de sus pacientes. No obstante, uno de los cuidadores conserva distancias que sobrepasan el límite, invadiendo el espacio del adulto mayor.

De tal manera, como características generales en la totalidad de los cuidadores debido a la carga laboral y múltiples labores su paralenguaje es mediado por las diferentes interacciones con su contexto, ello es debido a que cuando están atendiendo a los adultos mayores se ocupan de otras labores verbales, a excepción de C5 y C7, quienes efectivamente estaban centradas solamente en la atención del adulto.

Las anteriores cualidades de la pragmática están mediadas por unos gestos, donde la mirada, por lo general, estaba focalizada en atención al adulto mayor, a excepción de C1, C2, C3 quienes se distraen con otros asuntos del contexto.

En el ejercicio metacognitivo y de coevaluación, a partir de la observación de los videos por parte de los cuidadores, quienes son sus protagonistas, se refirió lo siguiente: C1 se autoevalúa manifestando que la aplicación de la inyección en la paciente se hizo de manera correcta, con unos comandos verbales que ayudan a distraer al paciente. Con respecto a la coevaluación acerca de este tipo de interacción verbal, se manifiesta que en C3, C6 y C7 hay falta de comunicación hacia los adultos mayores; expresan que C4 y C5 son amigables con sus pacientes, lo que facilita el acercamiento a los mismos.

C2 realiza su autoevaluación, a partir del video, y expresa que el suministro de alimentos al paciente es adecuado. Al momento de coevaluar este componente, los demás compañeros refieren que C3 tiene buena postura al dar alimentos a paciente; C1 debió realizar aplicación de inyección al paciente por comodidad en una postura de pie y no sentado. Además dijeron que debió explicar al paciente qué tipo de procedimiento le iba a realizar para darle confianza. En C5 la postura del mismo es adecuada para con el paciente al darle alimentos con el uso de comandos de voz apropiados ya que le pregunta cómo está el alimento.

De otro lado, C3 se autoevalúa diciendo que no hace uso de comandos verbales debido a que observa gestos faciales en el paciente y es lo que le facilita la interacción. El contacto visual del cuidador al paciente siempre está presente y manifiesta que con ello se transmite tranquilidad y confianza entre ambos. En la coevaluación, se manifiesta que C7, al simular la ingesta de alimentos frente al adulto mayor, genera mayor cercanía y facilita el cumplimiento de su propósito.

Por otra parte, C4 manifestó que hay una buena postura y distancia entre él y su paciente; esto lo afirma porque –expresa- ya lo conoce y justifica que esa es su forma de trabajar. Con

respecto al C7 se manifiesta que el uso de ejemplos de la kinesis acerca de cómo se debe interactuar con el paciente en el momento de proporcionarle los alimentos, da confianza de ambas partes. En la coevaluación, los compañeros dicen que debía reforzar sus movimientos con la explicación del procedimiento a seguir para evitar tomarlo de sorpresa y que reaccionara como lo hizo, con gritos y a la defensiva.

En lo referente a C5, él manifiesta que hace buen uso del espacio paciente-cuidador, que lo respeta y expresa cómo a través de preguntas a su interlocutor acerca de la calidad del alimento, contribuye a terminar de manera satisfactoria su trabajo. Por el contrario, C4 declara que es muy rápido al dar alimento al paciente y no se fija en gestos faciales del mismo. En la coevaluación, se plantea que pudo haber ayudado a la relación entre ambos, el uso de comandos de voz pertinentes porque esto incentiva al paciente a recibir el alimento. Igual ocurrió con C1, de quien se asegura que no realizó comandos de voz y debido a ello no hubo una correcta interacción. Con respecto a ello, C6 asegura que este no usó comandos verbales y por ello el paciente se sintió agredido en su espacio ya que solo hizo uso de movilización con los brazos; esto lo tomó desprevenido y le generó malestar.

De otro lado -frente al asunto anterior- C2 manifestó que debido a la discapacidad del paciente -visual y auditiva- el lenguaje verbal no fue necesario. No obstante, en la coevaluación se comenta que el cuidador debió fijarse en la posición de la cabeza del adulto mayor, tirada hacia atrás, ya que no es una postura adecuada para ingerir los alimentos.

Por otra parte, C4 se autoevalúa diciendo estar satisfecha de cómo hace uso de sus movimientos del cuerpo al intervenir con el paciente. Al coevaluar a C5, se manifiesta que la

postura es adecuada; de C3 se dijo que al sentarse en el mismo espacio, al lado del paciente –a menos de 10 centímetros- este trasgrede las normas de respeto. A C1 se le describió como muy inexpresivo; de C2, que debió haberse fijado en la kinesis del paciente ya que no es adecuada porque puede llegar a una ingesta de alimentos poco saludable; y a C7 se le recomienda manipular adecuadamente al paciente para que no sienta dolor y no grite.

A continuación, C5 se autoevalúa manifestando que, según a su amplia experiencia, la postura para dar el alimento al paciente es correcta; para ello, se ayuda de unos comandos verbales apropiados a la situación, que sirven para saber si la paciente al deglutir está conforme, entonces le pregunta constantemente si está frío o caliente y cómo se siente él.

La coevaluación de C4 refiere que este pone el alimento en la boca del paciente de manera muy veloz y no da espera para la deglución. C6 no tiene comunicación verbal alguna y por ello el paciente grita estando a la defensiva; C7, al imitar la acción de beber del vaso del paciente, facilita la interacción con el mismo y esto crea un ambiente apropiado para la adecuada ingesta de alimentos; de C1 se evidencia que es muy callado y no se comunica con el paciente, razón por la cual se crea distanciamiento; C3, al sentarse pegado al paciente, lo incómoda y no interactúa con el mismo. De C2 se dijo que debió fijarse en cómo le daba el alimento al paciente ya que estaba con la cabeza tirada hacia atrás, siendo esa una posición de riesgo.

Del mismo modo, C6 se autoevalúa justificando que debido a la agresividad de la paciente no se le debe de hablar sino, por el contrario, movilizársele rápido y por eso considera que realizó bien su labor. En la coevaluación de C5 se manifestó que es favorable lo que hace, hablarle al paciente; esto genera cercanía con el mismo. C3 se nota inquieto e invade el espacio del paciente; en C2 la postura en la que se encuentra la paciente no es la adecuada ya que al ingerir alimentos

con cabeza hacia atrás puede ser de riesgo; en C4, la distancia entre ambos es la adecuada; C7, al imitar acto de ingesta de alimentos crea cercanía con el paciente facilitando alimentación.

De otro lado, en su autoevaluación, C7 manifiesta que ha sido muy visual al interactuar con el paciente, ya que imita cómo bebe, lo cual sirve de ejemplo para esta labor y da cercanía en ambas partes. En la coevaluación a este episodio, C4 describe que aunque el cuidador da alimento con buena postura y con estrategias útiles, lo hace de forma muy rápida, fuera de lo acostumbrado. También, con respecto a este componente proxémico, dice que C5 es visual para con el paciente, dando cercanía afectiva, donde sus comandos verbales son los adecuados; de C1 manifiesta que falta de contacto físico, visual y verbal, por lo tanto no rompe el hielo con la paciente; C2 tiene poco contacto físico y visual con la paciente, no utiliza comandos de voz y pasa desapercibida la postura de cabeza hacia atrás del paciente, ni siquiera advierte el riesgo en el que esta se encuentra. C3 al sentarse en los brazos del asiento del paciente, ocupa espacio del mismo, pero no se percata de que está invadiendo su espacio. Se nota pensativo frente a la situación del adulto mayor, pero no hay ningún tipo de comunicación fuera de la proxemia. C6 manipula correctamente al paciente al trasladarlo de una posición a otra, pero no tiene comandos de voz con él.

Los comentarios de cada cuidador, en el análisis de cada video sobre el lenguaje no verbal implementado por ellos al interactuar con el adulto mayor, son incipientes, dejan ver que no tienen conocimiento acerca de la importancia del lenguaje no verbal en la comunicación con sus pacientes. En la observación de los videos pasan desapercibidos los detalles de la pragmática, en las interacciones con los adultos mayores.

Adicionalmente, al realizar el ejercicio metacognitivo, los auxiliares o cuidadores aseguran que su comunicación con los pacientes es adecuada y justifican sus acciones. Sus afirmaciones provienen de la amplia trayectoria que tienen algunos en su quehacer.

De igual forma, con respecto a la apreciación y percepciones de los cuidadores acerca de qué es un adulto mayor ellos manifiestan que –por lo general- son personas que padecen de enfermedades mentales y que la manera más usual de comunicarse no es con palabras sino con gestos. Estos auxiliares piensan que esto les facilita las interacciones.

Los cuidadores deben reconocer en profundidad qué significan los códigos gestuales, kinésicos, proxémicos y paralingüísticos, tener conciencia del uso de los mismos para hacer más eficientes sus interacciones con los adultos mayores. Además es necesario que reconozcan cuáles son las limitaciones de sus pacientes para que usen el sistema de expresión más adecuado y sea efectiva y satisfactoria la comunicación. Si bien es cierto que no se les capacitó en la academia en los conceptos y prácticas del lenguaje no verbal, debido a su formación como técnicos, también es verdad que su ejercicio de atención a los adultos mayores debe fortalecerse con el reconocimiento de la pragmática en sus contextos laborales.

### **LNV en el contexto de los hogares geriátricos**

Se continúa con el análisis de la comunicación no verbal, a través de objetos que proporcionan información relevante en el contexto en los tres hogares geriátricos, donde se realizó observación.

Se identificó señalización en las rampas de acceso a las edificaciones, las cuales estaban pintadas con color amarillo reflectivo, a manera de bandas intercaladas, cuya función es indicar que es un terreno donde se debe transitar con cuidado -ya sea en bajada o subida- y donde el adulto mayor debe tener precaución en la marcha. Así mismo, se observaron una serie de carteles

pegados sobre las paredes (anexo # 3), los cuales indican diferentes comportamientos no verbales que deben ser llevados a cabo para la protección física, tanto del adulto mayor como los cuidadores al momento de deambular por el hogar geriátrico.

Adicionalmente, se encontraron señales, objetos y carteleras o acrílicos con información verbal y no verbal para orientar a la población que se encuentra en los hogares geriátricos: escaleras, ascensor exclusivo para pacientes y personas con discapacidad o embarazo; extintor, ruta de evacuación, baños mixtos, salida de emergencia, camilla de emergencia, espacio libre de humo de tabaco, silencio, prohibido el paso y no tirar papeles ni toallas al sanitario. Otras de las imágenes que se hallaron van dirigidas al personal que labora ahí, las cuales le indican el uso obligatorio del arnés de seguridad y otra como el uso obligatorio de elementos de protección personal.

En efecto, estos mensajes donde predomina el lenguaje no verbal son una guía para realizar ciertas actividades y asumir comportamientos apropiados al interior de los tres hogares geriátricos, los cuales tienen como oficio el alertar e informar al personal que labora y convive en ese contexto y que contribuyen a prevenir situaciones riesgosas tanto para el trabajador como para el adulto mayor. Dichos mensajes se encuentran ubicados al interior del hogar geriátrico, en zonas comunes como paredes, pisos y están a la vista del público en general.

Otro documento del cual los cuidadores tienen como base para el manejo de la kinesis del adulto mayor con funcionalidad osteomuscular, que limita el movimiento de MMII (miembros inferiores) y/o con restricciones, es sobre los cuidados directos en la movilización del paciente durante la marcha, los cuales están representados en dibujos en la pared al interior de la estación de enfermería, como también una serie de copias sobre cómo se debe de acomodar el adulto

mayor para mejorar su kinesis postural y proxemia con el único propósito de evitar lesiones en piel y escaras. Como se puede observar, este es un uso muy técnico, pero hay poco conocimiento de las interacciones comunicativas con los adultos mayores, donde el lenguaje no verbal juega un papel relevante.

Con respecto a lo anterior, la mayor representación no verbal al interior de los tres hogares geriátricos para con el cuidador y adulto mayor, tanto en las labores diarias como en cuestiones de precaución para el anciano, se halla en la sede de Pance, la cual está ubicada en un estrato socioeconómico alto de la ciudad de Cali. Allí, los pacientes geriátricos residentes son de un estrato socioeconómico mayor, por lo cual las atenciones para con ellos, en cuanto al número de cuidadores por paciente, es mayor que en las otras sedes.

Se agrupan estas señales no verbales encontradas en los hogares en las siguientes categorías (anexo #3): 1. Comportamientos que deben tener en cuenta las personas que habitan en el contexto del hogar geriátrico; 2. Actitudes que previenen las malas posturas; 3. Uso de material de protección en riesgo biológico; 4. Manejo del paciente adulto mayor para evitar laceraciones; 5. Responsabilidad social, previenen y avisan de ciertos espacios en los cuales se debe transitar con cuidado o indican lugares determinados y 6. Señales de sentido de pertenencia, que indican cuidados del contexto donde se convive (un ejemplo de ello es “no tirar papeles y toallas al sanitario”, también se encuentran mensajes acerca de cuestiones afectivas y motivacionales para quienes comparten los hogares.

**Aspectos relevantes para el diseño de una estrategia didáctica en comunicación no verbal para cuidadores de los adultos mayores**



En esta parte de la investigación se identificaron aspectos relevantes para optimizar la comunicación no verbal entre los cuidadores y los adultos mayores que atienden. Para ello, se tuvieron en cuenta sus necesidades y debilidades de tipo cognitivo, procedimental y actitudinal o afectivo (De Zubiría, 2005). Esto –en la dimensión cognitiva- debido a que se evidenció poco conocimiento de sus interlocutores (adultos mayores), de las enfermedades que ellos padecen, de los elementos del lenguaje no verbal, entre otros conceptos. En la dimensión procedimental se deben reforzar prácticas propias de su quehacer y las que facilitan la comunicación con los pacientes para contribuir a mejorar su calidad de vida. En cuanto al aspecto actitudinal, es necesario que adquieran mayor compromiso, reconocimiento del sentir de un adulto mayor, de la capacidad de responder a sus requerimientos con respeto y solidaridad.

Por consiguiente, se implementó el análisis de los datos anteriores para generar diferentes espacios formativos como también material disponible (impresos, videos, en vivo – capacitaciones- redes de la OMS) que ha sido seleccionado según las necesidades de los cuidadores.

Desde la dimensión cognitiva, se identificó cuál era la situación de los cuidadores frente a los temas tratados en esta investigación como la comunicación no verbal, qué es adulto mayor, qué son la funcionalidad osteomuscular, que limita el movimiento de MMII (miembros inferiores) y/o con restricciones. Mediante las encuestas aplicadas se observaron ciertas falencias de conocimiento, razón por la cual se elaboró la estrategia didáctica que se describe más adelante, teniendo en cuenta los saberes previos de cada tema, respondiendo a un modelo pedagógico constructivista.

Esta primera dimensión del aprendizaje según De Zubiría (2005) se ocupa de las nociones, proposiciones y conceptos alusivos al propósito de las estrategias didácticas; la segunda se centra en las acciones realizadas en los procesos comunicativos en diferentes contextos y la tercera, en las emociones, los sentimientos y la capacidad de valorar a otros y convivir con ellos (Delors, 2005).

### **Dimensión cognitiva**

En esta dimensión se propusieron temas como: ¿Qué es ser adulto mayor? ¿Cuáles son las características propias del envejecimiento? ¿Cómo se ve en nuestra cultura a una persona de la tercera edad? ¿Cuáles son los vocablos con que se nombra al adulto mayor? ¿Qué percepciones tiene acerca de la autoimagen que tienen los adultos mayores? y ¿En qué consisten las políticas de salud a nivel nacional para el adulto mayor?

Otros temas alusivos a la salud de la tercera edad son los siguientes: ¿Qué es una patología osteoartromuscular de cadera? ¿Cuáles de estas patologías son frecuentes en el adulto mayor? ¿Conoce algunos signos o síntomas presentes en las personas de la tercera edad, expresados cuando hay dolor? y ¿De qué manera influye el estado de salud del adulto mayor en su calidad de vida?

Por otra parte, en esta misma dimensión cognitiva, se da a conocer qué es la comunicación no verbal, los códigos del lenguaje no verbal y sus diferentes niveles. Se reconoce el uso de la pragmática en las interacciones entre los cuidadores y los pacientes con la funcionalidad osteomuscular, que limita el movimiento de MMII (miembros inferiores) y/o con restricciones. Se realizó el ejercicio metacognitivo, donde los cuidadores observaron su comunicación con los adultos mayores, se autoevaluaron y coevaluaron. En este momento de la

investigación se detectó que desconocían aspectos importantes del uso del lenguaje no verbal: gestual, kinésico, proxémico y paralingüístico.

La dinámica en esta dimensión cognitiva consiste en socializar las temáticas anteriores a través de conversatorios, talleres grupales y actividades de discusión y debate como las mesas redondas y los foros.

Adicionalmente, en esta misma dimensión cognitiva, se utilizan folletos informativos, los cuales tienen como función dar claridad al cuidador, de una manera sencilla, acerca de la importancia del uso del lenguaje no verbal para la comprensión de las necesidades del adulto mayor con funcionalidad osteomuscular, que limita el movimiento de MMII (miembros inferiores) y/o con restricciones. En este sentido, la estrategia planteada tiene como función garantizar una calidad de enseñanza al cuidador de ese adulto mayor sobre lo dicho anteriormente.

Una de las características principales de la estrategia es que se implementa terminología fácil de entender, mediante ejemplos y definiciones sencillas. La idea de dar a conocer los conceptos anteriores consiste en aclarar las inquietudes y precisar algunas concepciones al respecto.

### **Dimensión procedimental**

En segunda instancia, para diseñar la estrategia se tiene en cuenta la dimensión procedimental, realizada a partir de la observación inicial de los videos y la interpretación de los mismos por parte del cuidador, donde es importante que observen su lenguaje no verbal cuando interactúan con el adulto mayor y reconozcan las limitaciones al respecto. También es relevante

que ellos mismos observen los videos de sus otros compañeros, con el fin de coevaluar dichas interacciones. A partir de las conclusiones obtenidas, realizan los ajustes e implementan los conocimientos aprendidos.

### **Dimension actitudinal o valorativa**

Se finaliza así con la dimensión actitudinal o valorativa por medio de la realización de pequeñas muestras teatrales, donde se espera que los cuidadores asuman el rol de adultos mayores en diferentes momentos. El sentido de este ejercicio consiste en la valoración y reconocimiento de lo que experimentan sus pacientes, las dolencias, las limitaciones de movimiento y, por lo tanto, de expresión de sus necesidades.

Se continúa con el análisis de la obra por parte de los cuidadores a capacitar, se sacarán los pro y los contra de cómo es ese lenguaje no verbal. Se finaliza con una obra teatral para realimentar el proceso general del aprendizaje formativo, para un uso adecuado de la pragmática del lenguaje no verbal con el adulto mayor.

Lo anterior, se propone con el fin de conocer y reflexionar acerca de situaciones que se vuelven comunes porque se tratan de manera técnica, pero ante todo es necesario llamar la atención a quienes interactúan con seres humanos y al sector educativo para que se ocupe de la calidad de la formación integral de los auxiliares y profesionales en salud.

Con respecto al tiempo contemplado para desarrollar la estrategia didáctica propuesta es de seis meses, por tanto, se planea realizar un módulo por mes, en sesiones de 3 horas, 2 veces por semana.

### **Estrategias didácticas: curso de comunicación no verbal para estudiantes de salud**

## **Presentación**

Los aspectos vistos anteriormente se convierten en estrategias didácticas, relacionadas con las dimensiones cognitiva, procedimental y actitudinal o afectiva, que consolidan la creación de un espacio formativo para profesionales o auxiliares que se desempeñan en el cuidado del adulto mayor. En consecuencia, se ha diseñado un curso que dé a conocer las complejidades del lenguaje no verbal y, de esta forma, optimizar su uso en el campo de la salud.

Para llevar a cabo este curso se hará una profundización teórica sobre el lenguaje no verbal y las problemáticas en el análisis de ese lenguaje empleado tanto por los cuidadores del adulto mayor con patología osteoartromuscular de cadera como por los adultos mayores que están al cuidado de ellos.

Otro aspecto que se lleva a cabo es el análisis del contexto, teniendo en cuenta la sintomatología la funcionalidad osteomuscular, que limita el movimiento de MMII (miembros inferiores) y/o con restricciones, al interior de los hogares geriátricos. Así mismo, es importante verificar cuáles son las debilidades del conocimiento sobre el lenguaje no verbal, tanto por los cuidadores como los adultos mayores.

## **Objetivos del curso**

### **General**

- Optimizar la comunicación no verbal en los cuidadores, auxiliares o profesionales de la salud, que están a cargo de los adultos mayores, con el fin de mejorar, en estos, su calidad de vida.

## **Específicos**

- Ofrecer estrategias cognitivas para revisar el concepto de adulto mayor y las percepciones que se tienen.
- Brindar herramientas del lenguaje no verbal para facilitar la comunicación con los adultos mayores.
- Evaluar las interacciones entre los auxiliares o profesionales de la salud y los adultos mayores, en torno al cuidado y a la pragmática del lenguaje no verbal.

## **Metodología**

La presente propuesta está orientada en el enfoque por tareas. En ella se hace una agrupación de los contenidos, actividades necesarias y oportunas para desarrollar los momentos de aprendizaje y para mejorar procesos de comunicación. Nunan (1989) examina ciertos factores que pueden ser tenidos en cuenta para concretar la problemática en la secuencia de las tareas y lleva a una organización ecléctica entre la teoría y práctica.

La función del maestro es la de diseñar tareas significativas para el alumno y se debe centrar en la características de las actividades en función de las destrezas que se quieren desarrollar y aplicar una metodología pertinente. Cada actividad lleva un título que contextualice el tema central: la comunicación no verbal del cuidador del adulto mayor.

### **Distribución de la secuencia metodológica general de la propuesta didáctica:**

**Sesión número 1: “Las maneras como se saluda”**

La primera sesión es de autorreconocimiento del curso. El orientador observa cómo es el lenguaje no verbal de cada uno de los cuidadores.

### **Sesión número 2: “¿Qué es ser adulto mayor? ¿Qué es ser cuidador?”**

En esta segunda parte, los cuidadores conocen los conceptos “adulto mayor” y “cuidador” e intentan conocerse entre sí, estableciendo sus formas habituales de comunicación no verbal.

### **Sesión número 3: “Mi vida cotidiana”**

Para esta sesión los cuidadores deben de trabajar en equipo para representar roles cotidianos en contextos de los hogares geriátricos cuando cuidan al adulto mayor con funcionalidad osteomuscular, que limita el movimiento de MMII (miembros inferiores) y/o con restricciones, revisando así la presencia de la comunicación no verbal.

### **Sesión número 4: “Por qué las personas se comunican inadecuadamente”**

En esta sesión los cuidadores serán participes de los problemas de comunicación existentes en contextos sociales. El docente recreará escenarios en los cuales suelen apreciarse dificultades comunicativas entre el cuidador y el adulto mayor con funcionalidad osteomuscular, que limita el movimiento de MMII (miembros inferiores) y/o con restricciones y posteriormente se hará un taller práctico de las relaciones al interior de un hogar geriátrico.

### **Sesión número 5: “El miedo al cuidar al adulto mayor”**

En este quinto momento los cuidadores tendrán una experiencia acerca de lo se debe de hacer cuando se interactúa con un adulto mayor. Deben conocer el lenguaje no verbal y la reacción del adulto mayor al interactuar; para esto el orientador hará un reparto de alocuciones

escritas, para que los estudiantes puedan socializarlos en público y, de este modo, poder corregir las maneras inadecuadas durante los actos formales de la comunicación no verbal.

### **Sesión número 6: “Mis mayores temores y mis alegrías”**

Para esta sesión, se organizará una mesa redonda en la cual los cuidadores dan a conocer sus temores para reconocer sus gestos y expresiones corporales. Esto ayudará a conocer su emotividad y sus sentimientos; luego el docente pondrá en discusión entretenimientos que sean atractivos para los participantes -los cuidadores, auxiliar o profesionales de la salud- y así establecer las diferencias entre estados de ánimo, negativos y positivos.

### **Sesión número 7: “El mal humor comunica”**

Para este momento el docente organizará un ejercicio de discusión entre sus estudiantes. Fijará unos roles en grupos en los cuales se hacen representaciones de días de mala suerte en el trabajo, la casa y en relaciones de pareja. El propósito es que el estudiante dilucide lo significativo que es cuidar su comunicación no verbal.

### **Sesión número 8: “El lenguaje de la mirada”**

Para esta sesión el docente organizará talleres en parejas y en grupos donde se vean reflejadas las expresiones corporales en escenarios sociales, por ejemplo, cuando un muchacho conoce una chica o cuando un chico quiere conocer amigos. Consecutivamente se hará la reflexión sobre lo importante del sentido de la vista como en la comunicación no verbal.

### **Contexto**



Esta propuesta está dirigida a cuidadores de los adultos mayores que se encuentran trabajando al interior de los hogares geriátricos. Las edades que se han tomado como referencia oscilan entre los 18 y 48 años o más. Se trata de socializar las experiencias, que son diversas, para aprender de los otros.

**Tabla 7. Cronograma**

Desarrollo de propuesta didáctica en ocho momentos	Intensidad horaria de la actividad	Encuentros por semana	Temáticas de la semana
Momento 1	6 horas	2	“Las maneras como se saluda”
Momento 2	6 horas	2	“Conociendo mi interlocutor”
Momento 3	6 horas	2	“Mi vida cotidiana”
Momento 4	6 horas	2	“Por qué las personas se comunican

			inadecuadamente”
Momento 5	6 horas	2	“El miedo al cuidar al adulto mayor”
Momento 6	6 horas	2	“Mis mayores temores y mis alegrías”
Momento 7	6 horas	2	“El mal humor comunica”
Momento 8	6 horas	2	“El lenguaje de la mirada”

**Tabla 8. Calendario próximo curso –Periodo 2019**

Febrero - 2019	Marzo	Del 28 de enero al 1 de febrero 2019	Del 4 al 8 de febrero 2019	Del 11 al 15 de febrero 2019	Del 18 al 22 de febrero 2019	Del 25 de febrero al 1 de marzo 2019	Del 4 al 8 de marzo 2019
Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4	Semana 5	Semana 6	Semana 7	Semana 8

	Lunes y viernes		Lunes y viernes		Lunes y viernes		Lunes y viernes
	De 3:00 a 6:00		De 3:00 a 6:00		De 3:00 a 6:00		De 3:00 a 6:00
	Aula:  Salones de práctica y aulas de clase.		Aula:  Salones de práctica y aulas de clase.		Aula:  Salones de práctica y aulas de clase.		Aula:  Salones de práctica y aulas de clase.
Miércoles y sábado		Miércoles y sábado		Miércoles y sábado		Miércoles y sábado	
De 9:00 a 12:00 del medio día		De 9:00 a 12:00 del medio día		De 9:00 a 12:00 del medio día		De 9:00 a 12:00 del medio día	
		Aula:  Salones de práctica y aulas de		Aula:  Salones de práctica y aulas de		Aula:  Salones de práctica y aulas de	

		clase.		clase.		clase.	
--	--	--------	--	--------	--	--------	--

### Descripción de cada sesión

#### Actividad # 1

#### “Las maneras como se saluda”

<b>Objetivos</b>	<p>Determinar las formas más comunes de los saludos existentes.</p> <p>Lograr un desenvolvimiento oportuno entre los cuidadores, mediante la presentación personal de cada uno.</p> <p>Enfatizar en la interacción entre el estudiante y sus compañeros.</p> <p>Crear las primeras nociones de comunicación no verbal implícitas en las interlocuciones con el adulto mayor.</p>
<b>Tiempo, espacio y materiales</b>	<p>El tiempo necesario es de 6 horas.</p> <p>Espacio: salones de práctica y aulas de clase.</p> <p>Materiales de trabajo: tablero y folletos donde se encuentra la actividad a desarrollar. Se puede utilizar proyector para reflejar el texto.</p>

<b>Agrupación de los alumnos</b>	Los cuidadores se reúnen en parejas para realizar ejercicios de interacción y después se realiza una agrupación en mesa redonda y se ubican cara a cara con el docente y sus demás compañeros.
<b>Procedimiento de realización</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Saludo del docente, presentación de su trayectoria y del curso de lenguaje no verbal en el cuidador del adulto mayor con funcionalidad osteomuscular, que limita el movimiento de MMII (miembros inferiores) y/o con restricciones.</li> <li>2. Ejercicio en parejas, presentación de cada estudiante, preguntas básicas, “Hola” ¿Cómo estás? ¿Cómo te llamas? ¿De dónde vienes? 40 minutos.</li> <li>3. Elaboración de la guía de aprendizaje que trata sobre los diferentes tipos de saludos y despedidas; análisis tanto de imágenes como de textos. 60 minutos.</li> <li>4. Socialización de la actividad en mesa redonda y retroalimentación sobre las formas de saludar y despedirse para con el adulto mayor. 40 a 50 minutos.</li> <li>5. Asignación de tarea. Deben fijarse en las formas de saludo de los cuidadores y de los adultos mayores para socializarse en la siguiente clase. 5 a 10 minutos. Tomar nota y elaborar dibujos.</li> </ol>
<b>Rol del docente</b>	El maestro debe propiciar ejercicios en sus estudiantes para interactuar entre ellos y romper el hielo; luego debe asesorar el desarrollo de la guía de trabajo y debe organizar al grupo de estudiantes en mesa redonda para

	aclarar cualquier duda y retroalimentar la actividad. Además, asignará actividades para la casa, de esta manera controlar la magnitud del esfuerzo de sus estudiantes, acerca de los saludos en relación con la comunicación no verbal.
<b>Bibliografía utilizada</b>	Tejada, 2009.
<b>Diseño de la unidad</b>	Véase anexo # 4.

## Actividad # 2

### “¿Qué es ser adulto mayor? ¿Qué es ser cuidador?”

<b>Objetivos</b>	<p>Reconocer los conceptos de “adulto mayor” y “auxiliar” o “cuidador”, desde las concepciones de los participantes.</p> <p>Comprender los alcances de los roles mencionados antes para una mejor calidad de vida.</p> <p>Reconocer la importancia de la identidad de los participantes, teniendo en cuenta las variables que la constituyen.</p> <p>Identificar las características del lenguaje no verbal –gestual, kinésico, proxémico y paralenguaje- en los cuidadores y en el adulto mayor,</p>
------------------	---

	<p>mediante videos hechos en las interacciones comunicativas.</p> <p>Integrar actitudes de expresión no verbal entre estudiantes y adultos mayores reconociendo y promoviendo el respeto por su gestualidad, kinesis, proxemia y rasgos paralingüísticos, así como los aspectos relacionados con su cultura.</p>
<b>Tiempo, espacio y materiales</b>	<p>El tiempo necesario es de 12 horas.</p> <p>Espacio: salones de práctica y aulas de clase.</p> <p>Materiales de trabajo: tablero y entrega de folleto informativo. Se puede utilizar proyector y computador.</p>
<b>Agrupación de los alumnos</b>	<p>Los estudiantes trabajan de forma individual; luego realizan la actividad de interacción con sus compañeros.</p>
<b>Procedimiento de realización</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 El profesor proyecta un video sobre algunos gestos, posturas y maneras como se interactúa con el adulto mayor. (10 a 15 minutos).</li> <li>2 El docente asigna el material impreso, en el cual los estudiantes van a percibir las diferentes posturas, gestos y señales del cuidador y del adulto mayor. (45 minutos).</li> <li>3 El docente realiza un ejercicio práctico, le dice a sus estudiantes que adopten una postura propia del adulto mayor y cómo debe ser la intervención, según una funcionalidad osteomuscular, que limita el movimiento de MMII (miembros inferiores) y/o con restricciones.</li> </ol>

	<p>Después se analizan en grupo las acciones realizadas por los compañeros. (30 minutos).</p> <p>4 El docente solicita que pase al frente cada participante mientras él y sus compañeros intentan concluir el porqué de su forma de vestir, posteriormente el participante explicará por qué se viste así. (45 minutos).</p> <p>5 Se organiza un conversatorio sobre el tipo de gestos, posturas y maneras propias de cada estudiante o auxiliar. Esto con el fin de conocer los movimientos que hace habitualmente un cuidador, los cuales se le atribuyen a la identidad. El profesor ofrece un ejemplo de la posición de escucha en el aula y pide que respondan qué intenta decir con esa postura y cómo marca su identidad.</p>
<b>Rol del docente</b>	<p>El docente ofrece el material necesario para que el cuidador conozca cómo debe ser el trato no verbal para con el adulto mayor y realiza paralelos entre una y otra situación, tiene la confianza de integrar a sus estudiantes en contextos de identidad propia y es agente generador de actitudes como el respeto por los demás, la aceptación y la tolerancia.</p>
<b>Bibliografía utilizada</b>	<p>Hernández, 2012</p> <p>Torosian, 2014</p>
<b>Diseño de la</b>	<p>Véase anexo # 5.</p>



<b>unidad</b>	
---------------	--

### Actividad # 3

#### “Mi vida cotidiana”

<b>Objetivos</b>	<p>Analizar las relaciones familiares, entre amigos y la comunidad del hogar geriátrico donde laboran, a través de la comunicación no verbal como acción mecanizada.</p> <p>Conocer la personalidad del emisor y receptor a través de experiencias reales y los significados reales ante el público según sus actos.</p> <p>Hallar entornos fuera del contexto donde se labora, desde los cuales se puede trabajar la expresión no verbal.</p> <p>Realizar estrategias de dramatización como herramienta fundamental para desarrollar destrezas de comunicación no verbal.</p>
<b>Tiempo, espacio y materiales</b>	<p>El tiempo necesario es de 6 horas.</p> <p>Espacio: el aula de práctica y aulas de clase.</p> <p>Materiales de trabajo: guías de trabajo impresas, vestuarios, proyector, computador y micrófono.</p>

<b>Agrupación de los alumnos</b>	Los estudiantes trabajan de forma individual y posteriormente se organizan en dos grupos para representar roles teatrales.
<b>Procedimiento de realización</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Entrega de un material que contenga los gestos, y posturas más habituales que los estudiantes realizan al cuidar el adulto mayor. (40 minutos).</li> <li>2. Inmediatamente se hace una breve explicación sobre las actitudes y expresiones relevantes y su importancia. (20 minutos).</li> <li>3. El docente asigna un ejercicio de dramatización, organiza a sus estudiantes en dos grupos, les da un guión por grupo y en esa actividad ellos tendrán que dramatizar como es la interrelación entre cuidador y adulto mayor. (25 minutos).</li> <li>4. Luego el docente pide a los estudiantes que dramaticen la obra uno, “Mi vida cotidiana en el cuidado del adulto mayor”, para evaluar las actitudes y expresiones en su contexto cotidiano. (25 minutos).</li> <li>5. Posteriormente, hace pasar al segundo grupo, el cual tenía a cargo la dramatización “Mi vida cotidiana con compañeros de labores” para que los demás puedan apreciar expresiones y actitudes frente a sus compañeros. (25 minutos)</li> <li>6. Se dan pautas para trabajar la comunicación no verbal en el ámbito laboral. El docente organiza un conversatorio con sus estudiantes para aclarar y dar sugerencias sobre la importancia de la</li> </ol>

	pragmática del lenguaje (verbal y no verbal) respetando la identidad y personalidad de cada uno.
<b>Rol del docente</b>	El docente plantea la diferencia entre el contexto laboral al interior de los hogares geriátricos y el contexto cotidiano, dirige a sus estudiantes, los introduce a las prácticas teatrales, a la lectura de guiones, genera interés por los géneros dramáticos, genera reflexión acerca de la importancia que tienen los gestos y expresiones corporales dentro de cualquier entorno comunicativo.
<b>Bibliografía utilizada</b>	Cholbi, 2012  Martínez, 2011
<b>Diseño de la unidad</b>	Véase anexo # 6.

**Actividad # 4****“Por qué las personas se comunican inadecuadamente”**

<b>Objetivos</b>	<p>Analizar cuáles son los problemas de comunicación más frecuentes y cómo se aprecia la comunicación no verbal en los cuidadores.</p> <p>Reflexionar acerca de cómo se expresa con los otros.</p> <p>Reconocer a través de experiencias prácticas el significado del cuerpo y la importancia entre lo verbal y lo no verbal.</p>
------------------	---

<b>Tiempo, espacio y materiales</b>	<p>El tiempo necesario es de 6 horas.</p> <p>Espacio: el salón de prácticas y aulas de clase.</p> <p>Materiales de trabajo: guías de trabajo impresas, computador, proyector y guiones.</p>
<b>Agrupación de los alumnos</b>	<p>Los estudiantes trabajan de forma individual y posteriormente se establecen en dos grupos y se proporcionan roles teatrales.</p>
<b>Procedimiento de realización</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Se proyectan videos entre cuidador y adulto mayor al interior de un hogar geriátrico, para que los estudiantes aprecien los problemas de comunicación. (10 minutos).</li> <li>2. Se proporcionan las instrucciones sobre la guía a desarrollar, la cual consiste en identificar los problemas de comunicación a causa de una mala expresión corporal. (40 minutos).</li> <li>3. El docente asigna un ejercicio de dramatización, organiza a sus estudiantes en dos grupos, les da un guión por grupo y en esa actividad ellos tendrán que dramatizar un día de labores con el adulto mayor, ellos preparan la obra en clase. (40 minutos).</li> <li>4. El docente lleva guiones para ejemplificar 3 posibles situaciones en las cuales se perciban los problemas de mala comunicación o malos entendidos a causa de una inadecuada expresión. (40 minutos).</li> <li>5. Posteriormente, se organiza una actividad lúdica en la cual cada</li> </ol>

	<p>estudiante debe adoptar una expresión inadecuada y otra expresión oportuna en una charla con el adulto mayor. El docente realiza la simulación con un estudiante voluntario. (40 minutos).</p> <p>6. Reflexión: se organizan en sus puestos donde el profesor se encarga de hacer la retroalimentación sobre lo que se debe y no se debe hacer dentro de una charla. (10 minutos).</p>
<b>Rol del docente</b>	<p>El docente dirige a sus estudiantes, los introduce en las prácticas teatrales, en la lectura de guiones, crea interés por los géneros dramáticos, genera reflexión acerca de la relevancia que tienen los gestos y expresiones corporales.</p> <p>De la misma manera, el orientador adopta posturas de respeto y enseña actitudes para corregir problemas o malas costumbres que se han adquirido dentro de la expresión corporal de sus estudiantes.</p>
<b>Bibliografía utilizada</b>	Pmkast, 2013
<b>Diseño de la unidad</b>	Véase anexo # 7.

**Actividad # 5****“El miedo al cuidar al adulto mayor”**

<b>Objetivos</b>	<p>Entender qué se debe hacer al momento de interactuar con un adulto mayor.</p> <p>Identificar actitudes y miedos del estudiante frente a grupos de adultos mayores en función de su discurso.</p> <p>Motivar la participación e incentivar el interés de estudiantes por hablar y relacionarse en público.</p> <p>Proporcionar pautas oportunas para mejorar aspectos no verbales durante una intervención con un adulto mayor.</p> <p>Reiterar la importancia de la comunicación no verbal en función del discurso para lograr mejor seguridad en el emisor.</p>
<b>Tiempo, espacio y materiales</b>	<p>El tiempo necesario es de 6 horas.</p> <p>Espacio: el salón de prácticas y aulas de clase.</p> <p>Materiales de trabajo: guías de trabajo impresas, computador, proyector y guiones.</p>
<b>Agrupación de los</b>	<p>Los estudiantes trabajan de forma individual y posteriormente se</p>

<b>alumnos</b>	organizan en dos grupos para asignarles roles teatrales.
<b>Procedimiento de realización</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Se proyecta un video sobre la interacción de un adulto mayor con su cuidador. (10 minutos).</li> <li>2. Se dan instrucciones sobre la guía a desarrollar, la cual consiste en identificar qué errores cometen los cuidadores al momento de entablar una locución con un adulto mayor. (40 minutos).</li> <li>3. El docente representa la simulación de un diálogo adulto mayor- cuidador con sus estudiantes en un auditorio para que ellos vean cómo se expresa y perciban lo que él intenta transmitir con sus acciones. (15 minutos).</li> <li>4. El docente concede monólogos a sus estudiantes y les solicita que vayan pasando de forma individual; da un tiempo para que lo lean varias veces antes de hacerlo delante de los demás. (15 minutos).</li> <li>5. Seguidamente el docente pide que sus estudiantes vayan pasando al frente a sustentar el monólogo para evaluar su capacidad de comunicación no verbal cuando se interactúa con el adulto mayor y según sea el tema escogido. (1 hora y 30 minutos).</li> <li>6. Posteriormente, el docente organiza a sus estudiantes finalizadas las actividades y realiza una retroalimentación de</li> </ol>

	técnicas de expresión corporal, al abordar a un adulto mayor en un contexto laboral, que le dan mayor seguridad al estudiante.
<b>Rol del docente</b>	El docente corrige problemas de expresión corporal para mejorar la producción del discurso al momento de la interlocución con el adulto mayor; motiva a sus estudiantes para que tengan mayor seguridad en sus charlas, recalca la importancia de tener una buena postura siempre que se vaya a interactuar con un adulto mayor para su labor diaria y así reforzar temas de expresión en público. Finalmente, plantea soluciones para evitar la inseguridad y los nervios en los estudiantes.
<b>Bibliografía utilizada</b>	Innove, 2011.
<b>Diseño de la unidad</b>	Véase anexo # 8.

### Actividad # 6

#### “Mis mayores temores y mis alegrías”

<b>Objetivos</b>	Percibir la importancia de los estados de ánimo dentro de la comunicación no verbal.
------------------	--



	<p>Proponer a los participantes ambientes lúdicos para asumir personajes, con el fin de valorar sus diferencias físicas, fisiológicas, culturales y socioafectivas.</p> <p>Descubrir actitudes de los participantes, en situaciones donde se genera tensión, con el propósito de ver las reacciones, reflejadas en la comunicación no verbal.</p> <p>Proporcionar estrategias para mejorar las reacciones en determinados momentos de tensión y darles solución, mediante una comunicación asertiva.</p>
<b>Tiempo, espacio y materiales</b>	<p>El tiempo necesario es de 6 horas.</p> <p>Espacio: el salón de prácticas y aulas de clase.</p> <p>Materiales de trabajo: guías de trabajo impresas proyector y guiones.</p>
<b>Agrupación de los alumnos</b>	<p>Los estudiantes trabajan de forma individual y posteriormente se reúnen en grupos.</p>
<b>Procedimiento de realización</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. El docente hace una prueba de gramática y pide a los participantes elaborar un resumen, sobre “Mis mayores temores y mis alegrías”. (30 minutos).</li> <li>2. Posteriormente, entrega una guía en la cual se observan situaciones de miedo. Ellos deberán resolverlas identificando qué tipo de sentimientos se pueden apreciar.</li> </ol>

	<p>(30 minutos).</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. El docente organiza a sus estudiantes en 4 grupos, hace el reparto de 4 guiones, en los cuales se perciben situaciones reales de alegría, miedo, inseguridad y furia. Ellos deberán elaborar una situación diferente para luego dramatizarla. (30 minutos).</li> <li>4. El docente pide a los grupos que vayan pasando al frente para crear la escena dramática y percibir el momento de alta tensión no verbal dentro de cada guión. (45 minutos).</li> <li>5. El docente pide a los participantes que se agrupen en mesa redonda y cada quien va a leer lo escrito acerca de los miedos. Conversatorio. (35 minutos).</li> <li>6. El docente hace deliberación sobre las formas de expresión y la incidencia de los sentimientos en su acto comunicativo. (10 minutos).</li> </ol>
<p><b>Rol del docente</b></p>	<p>El docente crea una situación de alta tensión en el aula, al momento de sorprender a sus estudiantes con una prueba de gramática intermedia, con el fin de divisar las actitudes que adoptarían sus estudiantes, luego debe ser una persona motivadora para luego instruir sobre las guías de desarrollo aplicadas para el tema, “Mis mayores temores y mis alegrías”, para que sus estudiantes realicen representaciones.</p> <p>Recapacita acerca de la importancia de mantener las actitudes positivas</p>

	muchas veces, de percibir la importancia de los sentimientos dentro del contexto cotidiano.
<b>Bibliografía utilizada</b>	Villamizar, 2016.
<b>Diseño de la unidad</b>	Véase anexo # 9.

### Actividad # 7

#### “El mal humor comunica”

<b>Objetivos</b>	<p>Establecer actitudes de tolerancia dentro de la comunicación no verbal.</p> <p>Vislumbrar la importancia de una buena conducta ante las dificultades comunicativas.</p> <p>Asumir los explicativos de los gestos y posturas cuando se está de mal humor.</p> <p>Dar pautas para tener cuidado con el cambio de conductas en situaciones de un contexto laboral para el cuidado del adulto mayor.</p> <p>Incitar a conductas adecuadas en la comunicación no verbal, a través de actos dramáticos o representaciones lúdicas.</p>
------------------	---

<b>Tiempo, espacio y materiales</b>	<p>El tiempo necesario es de 6 horas.</p> <p>Espacio: el salón de prácticas y aulas de clase.</p> <p>Materiales de trabajo: guías de trabajo impresas y guiones.</p>
<b>Agrupación de los alumnos</b>	<p>Los estudiantes trabajan de forma individual y posteriormente se organizan en dos grupos para asignarles roles teatrales.</p>
<b>Procedimiento de realización</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. El docente fija una guía de trabajo en la cual los estudiantes deberán determinar los significados de actitudes de disgusto frente a cada situación. (40 minutos).</li> <li>2. Posteriormente, organiza a sus estudiantes en grupos de 6 y les da una temática en la cual se vea reflejada una situación de comunicación bajo momentos de ira o de histeria; ellos se reúnen y preparan la actividad. (30 minutos).</li> <li>3. El profesor solicita a sus estudiantes que personifiquen las dramatizaciones en el aula y todos van asumiendo el papel de los personajes y estudian su forma de expresión bajo estados de elevada exaltación. (40 minutos).</li> <li>4. El docente entrega una serie de poemas, en los cuales hay muchas situaciones de consternación; él dramatiza uno, a manera de ejemplo (15 minutos).</li> </ol>

	<p>5. Le pide a sus estudiantes que expongan los poemas que les ha llevado y que intenten adoptar el estado anímico del autor de cara al poema. (10 minutos).</p> <p>6. Le pide a sus estudiantes que expongan el poema. (30 minutos.)</p> <p>7. El profesor realiza la deliberación acerca de los estados de sobresalto y el impacto que alcanzan, al interior del aula y fuera de ella. (15 minutos).</p>
<b>Rol del docente</b>	<p>El profesor genera situaciones de tensión, como son los momentos de exaltación o de caos, en los cuales las personas pierden la cordura y explotan. Es orientador de métodos de conducta, da las retroalimentaciones necesarias para que el estudiante comprenda la necesidad de controlar su conducta.</p> <p>Recapacita acerca de la importancia de mantener actitudes positivas y hace un paralelo entre la realidad y el drama.</p>
<b>Bibliografía utilizada</b>	Maza, 2014.
<b>Diseño de la unidad</b>	Véase anexo # 10.

**Actividad # 8****“El lenguaje de la mirada”**

<b>Objetivos</b>	<p>Vislumbrar lo importante de usar los ojos antes de hablar.</p> <p>Conocer al hablante, ya que necesariamente no se trata de saber escuchar, sino de saber observar.</p> <p>Crear seguridad en actos de habla con sus compañeros y desconocidos, conociendo su comunicación no verbal por fuera del contexto laboral.</p> <p>Explicar el lenguaje no verbal desconocido, atribuyéndole un significado de acuerdo al contexto de aprendizaje.</p> <p>Realizar ejercicios de expresión no verbal para aumentar la capacidad de comunicación.</p>
<b>Tiempo, espacio y materiales</b>	<p>El tiempo necesario es de 6 horas.</p> <p>Espacio: el salón de prácticas y aulas de clase.</p> <p>Materiales de trabajo: guías de trabajo impresas y guiones.</p>
<b>Agrupación de los</b>	<p>Los estudiantes trabajan de forma individual y, posteriormente,</p>

<b>alumnos</b>	constituyen dos grupos para asignarles roles teatrales.
<b>Procedimiento de realización</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. El docente insinúa un trabajo en grupo a sus estudiantes y da una conferencia sobre la importancia del uso de los ojos, de la vista como sentido que interpreta los actos comunicativos. (40 minutos).</li> <li>2. Posteriormente organiza a sus estudiantes y les asigna un tema en el cual van a dramatizar una experiencia en contextos reales. (30 minutos).</li> <li>3. El profesor solicita a sus estudiantes que personifiquen las dramatizaciones en el aula acerca de las experiencias reales con el adulto mayor, asociadas a la importancia de la mirada.</li> <li>4. El docente organiza a sus estudiantes en mesa redonda y cada cual deberá subrayar aspectos importantes y perspectivas de cómo ven a los desconocidos, destacando las cosas que más se observan en ellos. (40 minutos).</li> <li>5. El docente realiza una reflexión acerca del curso y el avance de los módulos de expresión corporal, se destaca lo más importante y cada quien da su punto de vista, participación libre.</li> </ol>
<b>Rol del docente</b>	El docente representa contextos reales del cuidado del adulto mayor y da soluciones para que el estudiante pueda desenvolverse de manera oportuna y, de esta manera, se contempla la necesidad de recomendar

	<p>conductas y maneras de expresión no verbal más reservadas.</p> <p>Analiza acerca de la necesidad de aprender a observar a las demás personas y ver que el lenguaje corporal es una forma de comunicarse que puede ser compleja, sugiere a estudiantes que deben poner más cuidado en las cosas que hacen al momento de hablar.</p>
<b>Bibliografía utilizada</b>	Herms, 2013.
<b>Diseño de la unidad</b>	Véase anexo # 11.

## Evaluación

### Criterios de evaluación de la propuesta didáctica: aspectos generales a evaluar del contexto educativo

<b>Educadores</b>	<b>Participantes</b>
Motivación	Aptitudes
Preparación	Atención
Planificación	Motivación
Compromiso	Interés



Seguimiento	Conocimientos
Didáctica,  Pedagogía	Ambiente familiar  Pensamiento filosófico

### **Criterios de evaluación de los estudiantes**

- ¿Se lograron conocer las posturas más comunes de los cuidadores cuando están a cargo del adulto mayor?
- ¿Los cuidadores lograron reflexionar sobre las posturas y gestos más apropiados, durante los instantes comunicativos y sobre todo al momento de escuchar?
- ¿El cuidador logró comprender las diversas posturas, gestos y distancias que se deben manejar al momento de hablar con una o más personas y el significado que implica saber hacerlo?
- ¿Se percibieron movimientos, posturas, gestos y maneras inadecuadas al momento de comunicarnos y relacionarnos con los demás para evitar mal entendidos?
- ¿Las estrategias de comunicación no verbal mejoraron la conducta de los cuidadores y lograron mejor respuesta actitudinal en las relaciones entre compañeros?

### **Criterios de evaluación del diseño de la propuesta didáctica**

- ¿Se ha desarrollado la comunicación no verbal de los cuidadores mediante actividades prácticas e interactivas para correcto cuidado del adulto mayor, haciendo énfasis en la competencia estratégica?

- ¿Se logró coordinar el trabajo de los cuidadores en pro del desarrollo de sus competencias con el uso y manejo de su expresión corporal?
- ¿Hubo actividades de unificación como charlas, dramatizaciones y puestas en escena para mejorar comportamientos de expresión corporal ¿han sido aptas durante el desarrollo de la comunicación no verbal en los cuidadores?
- ¿Se logró estimular a los cuidadores en el desarrollo de las destrezas orales? ¿Se percibió la comunicación no verbal como punto de partida?
- ¿La propuesta didáctica refleja el paradigma educativo adecuado en el que se vislumbran nuevas estrategias para el cuidado del adulto mayor y el uso adecuado de ese lenguaje no verbal en el cuidador?

### **Limitaciones y prospectiva de la estrategia didáctica**

Una de las limitaciones más importantes al momento de aplicar esta propuesta es el tiempo para las capacitaciones a dictarse para los cuidadores del adulto mayor; esto se debe mayormente a que muchas de esas personas laboran en diferentes jornadas laborales. Por ello, es necesario acordar cuáles serán los horarios.

Una última y también importante limitante son las jornadas extensas de labores de los cuidadores al interior de los hogares geriátricos; debido a ello, salen muy cansados y no desean ser partícipes de cursos o capacitaciones.

### **3.1 Categoría 1: comunicación no verbal**

Esta primera categoría es comunicación no verbal, implícita en el personal cuidador del adulto mayor, donde ellos, por no tener un conocimiento de este lenguaje mismo, hacen un mal uso de los códigos no verbales. Debido a la patología de los adultos mayores es necesario un uso

preciso de dicha comunicación para evitar la creación de estados de ánimo negativos o lastimarlos por sus procesos naturales de envejecimiento.

En este tipo de comunicación están los sistemas de expresión gestuales, kinésicos, proxémicos y paralingüísticos.

### **3.1.1 subcategoría 1: Kinesis**

Como primera subcategoría se pudo encontrar la Kinesis, la cual es un componente implicado en el cuidado del adulto mayor, debido a que los cuidadores y adultos normalmente desconocen el tema sobre de la pragmática acerca de cómo realizar una apropiada manipulación y evitar lastimarlo. Otra característica de la misma es el inadecuado uso de los movimientos tanto de los cuidadores como de los ancianos, lo cual dificulta y hace que esa interlocución entre ambos no sea óptima.

### **3.1.2 subcategoría 2: Proxemia**

En esta segunda subcategoría, que es la Proxemia, se pretende conocer cómo es el manejo de las distancias en la interrelación entre el cuidador y el adulto mayor, en términos de espacios o de interlocuciones tanto verbales como no verbales.

Si bien es cierto que esta subcategoría se ocupa de observar el acercamiento, el aislamiento o las relaciones espaciales, también es verdad que las conversaciones tienen expresiones proxémicas como “nosotros”, “ustedes”, “tú” o los diminutivos cuando se implementan como manifestaciones de afecto.

### **3.1.3 subcategoría 3: el paralenguaje**

Esta tercera subcategoría es el paralenguaje que está determinado por los rasgos y las características de la voz, tono de voz, entonación en relación con la interlocuciones con el adulto mayor y las variables en el habla producidas por características fisiológicas particulares de los órganos fonatorios; al no hacer uso correcto de los mismos o no conocer la dinámica en la interacción con el anciano se interrumpe ese intercambio comunicativo.

#### **3.1.4 subcategoría 4: la gestualidad**

En la gestualidad están implicados todos aquellos movimientos de la cara y comunicación por medio de la mirada; es de importancia que el cuidador aprenda a conocer cómo se debe comunicar en un contexto con el adulto mayor para fortalecer este componente pragmático en pro de la mejora de la comunicación no verbal y, así, responder a las necesidades que su interlocutor intenta expresar.

#### **3.1.5 Subcategoría 5: comunicación no verbal en el contexto de los hogares geriátricos**

Es la comunicación no verbal en el contexto de los hogares geriátricos, son esos componentes de la pragmática de la comunicación no verbal, implícitos al interior de los hogares geriátricos; son una serie de simbologías, mensajes, señales, representados en carteles, folletos, letreros, volantes, objetos y demás imágenes que informan, advierten o guían tanto al adulto mayor como al personal que labora al interior de los mismos.

### **3.2 categoría 2: comunicación no verbal cuidador/adulto mayor**

Esta tercera categoría es la comunicación no verbal cuidador/adulto mayor, la cual hace referencia al objeto de estudio, que pretende dejar como resultado unas estrategias didácticas para

superar los déficit cognitivos, procedimentales y afectivos en las interacciones no verbales.

Cuando se habla de la comunicación del cuidador esta se entiende como una relación dialógica, donde sus alocuciones generan reacciones en el paciente. Por ello, esta categoría adquiere mayor complejidad puesto que depende de una relación biunívoca.

#### **Capítulo 4: Conclusiones e implicaciones**

En este capítulo se procede a dar claridad acerca de los resultados obtenidos en materia del lenguaje no verbal: se concluye que la totalidad de los cuidadores del adulto mayor, al no estar capacitados en áreas del conocimiento como ciencias de la educación y las ciencias del lenguaje, desconocen cognitivamente el lenguaje no verbal usado por ellos y el empleo del mismo en su contexto.

En segunda instancia, se reconoció que la pragmática del lenguaje no verbal, en cada cuidador es diferente y, en diferentes ocasiones, no cumple con su objetivo a causa de la poca experiencia laboral de cada uno de ellos y su desconocimiento de la temática tratada en la presente investigación.

En tercer lugar, en lo concerniente al adulto mayor, la comunicación no verbal no se puede comparar con personas de otras generaciones, por cuanto, ellos sufren de unos déficit funcionales por que limitan el movimiento de MMII (miembros inferiores) y/o con restricciones y, así mismo, hay debilidades en el componente mental. Según los datos arrojados al momento de revisión de historias clínicas, ellos no están ubicados en lugar y tiempo por lo que esa pragmática de la comunicación no verbal se manifiesta diferente en cada uno; en última instancia, y con respecto a lo anterior, capacitar al cuidador del adulto mayor en lo concerniente a la comunicación no verbal, contribuye a la formación de un personal idóneo. El conocimiento del

lenguaje no verbal debe servir para mejorar el trato para con el adulto mayor y optimizar sus labores diarias al interior del hogar geriátrico.

Es importante resaltar que tanto el emisor como el receptor implicados en la presente investigación son beneficiados en la adquisición de un nuevo conocimiento en un campo diferente al de la salud; los cuidadores porque se serán más asertivos en su comunicación y atención y los adultos mayores porque mejorarán su calidad de vida en los hogares geriátricos.

Por otra parte, se encontró que la comunicación no verbal en el contexto de los hogares geriátricos se expresa en imágenes, símbolos, objetos y carteles, los cuales no son suficientes para satisfacer los requerimientos de informar de manera rápida a la población de cuidadores y de adultos mayores internados en el hogar, sobre las situaciones a encontrar que salvaguarden su bienestar biopsicosocial.

Por otra parte, en la comunicación no verbal en la relación cuidador- adulto mayor, no hay interacción regularmente; los cuidadores se relacionan de manera técnica y mecánica en labores diarias para el cuidado del anciano. Cuando se implementan códigos no verbales, no se cumplen los principios básicos de la pragmática porque el cuidador irrumpe en los espacios del adulto mayor con su entonación impropia, ruidos o aspectos como la proxemia, rompiendo distancias; además, no hay una gestualidad adecuada que facilite la relación entre emisor y receptor, lo cual se dificulta porque el cuidador observa poco los ojos y el rostro de su paciente, con lo cual se construyen las comprensiones y afectos.

Para finalizar, se diseñó una propuesta didáctica para cuidadores, la cual, debe garantizar los elementos necesarios en esa relación cuidador- adulto y no solamente debe ser pensada desde la enseñanza del lenguaje no verbal como si se tratara de un proceso individual, es dialógico.

#### **4.1.1 Conclusiones derivadas**

Las estrategias didácticas van orientadas hacia el desarrollo de ejercicios de comunicación no verbal planteados en una serie de sesiones para los cuidadores del adulto mayor con funcionalidad osteomuscular, que limita el movimiento de MMII (miembros inferiores) y/o con restricciones en los hogares geriátricos donde su beneficio fue el desarrollo significativo y uso adecuado del lenguaje no verbal del cuidador al momento de interactuar cuidador-adulto mayor .

#### **4.1.2 Conclusiones derivadas**

Así mismo, la presente estrategia logra que el docente sea el mediador de sesiones de clase prácticas, las cuales permiten actividades dinámicas como la puesta en escena, juego de cambio de roles con el adulto mayor, la organización de debates y demás ejercicios prácticos en los que se evidencie el desarrollo de la comunicación no verbal con lo verbal.

#### **4.2 Implicaciones para el campo de saber.**

El diseño de la estrategia didáctica favorece los procesos de aprendizaje de una comunicación no verbal que posibilita el acercamiento entre el adulto mayor y el cuidador, la cual, favorece su calidad de vida, en tanto el cuidador puede percatarse de responder a las necesidades del adulto mayor. Esta didáctica empleada por la presente investigación cumple la función de innovar por medio de capacitaciones tanto formales como no formales que favorezcan una adquisición de saber en función de optimizar el desempeño laboral del cuidador, y consecuencia, en beneficio de la calidad de vida del adulto mayor.

#### **4.2.1 implicaciones derivadas**

Estas conclusiones están asociadas a las ciencias de la educación, donde su beneficio es el brindar a los cuidadores y al adulto mayor un conocimiento que entrelace la rama de las ciencias sociales, las del lenguaje con el de las naturales.

#### **4.2.2 implicaciones derivadas**

Esto es una manera de hacer desde la educación un cumplimiento y concientización de las políticas de salud pública en los adultos mayores y el cuidador, visto desde documentos, los cuales son garantes en la educación en el cuidador para beneficio del adulto mayor, donde uno de ellos es la política pública de envejecimiento y vejez 2014- 2024 en Colombia y la ley 1850 del 2017.

#### **4.3 Implicaciones para la investigación.**

Esta investigación se convierte en un antecedente para posteriores ejercicios investigativos y, de esta manera, servir de referente en el campo investigativo de temáticas similares en las ciencias sociales y naturales, en la Maestría de Educación de la Universidad Santiago de Cali.

##### **4.3.1 Implicaciones derivadas**

El convertir la presente investigación en referente para la creación de una experiencia investigativa innovadora.

##### **4.3.2 Implicaciones derivadas**

Otra fuente de participación en la presente investigación es el método investigación participante porque es el que logra obtener información directa de las situaciones objeto de estudio, por lo cual es muy confiable.



## Bibliografía

Barthes R. (1964). *Retórica de la imagen*. Recuperado de.

<https://es.scribd.com/document/363617814/Barthes-Roland-Retorica-de-La-Imagen>

Brody et al (1983). *Libro de la enfermedad del alzheimer*. Recuperado de.

<https://www.alzheimeruniversal.eu/.../libroenfermedaddealzheimer-150925020156-lv...>

Cantillo, M. (2014). *El uso del lenguaje no verbal en la comunicación docente universitaria, implicaciones y efectos en la eficacia comunicativa*. (Tesis inédita de doctorado) Universidad de Alicante, Alicante, España.

Cholbi G. (2012). [www.blogspot.com.co](http://www.blogspot.com.co). Recuperado de

<http://gloriamarti.blogspot.com.co/2008/06/tipos-de-comunicacin-familiar.html>

Constitución política de Colombia 1991. Recuperado de

[https://www.procuraduria.gov.co/guiamp/.../Constitucion\\_Politica\\_de\\_Colombia.htm](https://www.procuraduria.gov.co/guiamp/.../Constitucion_Politica_de_Colombia.htm)

Contreras A. (2016) *Estrategias de comunicación no verbal para mejorar los procesos de enseñanza-aprendizaje de ELE*. Recuperado de

<https://reunir.unir.net/bitstream/handle/123456789/4179/CONTRERAS%20ROA%2c%20ANDR E%20RUNEE.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Corpocesar, (2016) *Formato encuesta perfil sociodemográfico y morbilidad sentida*. Cesar, Colombia: sistema integrado de gestión de talento humano. Recuperado de

<https://www.meta.gov.co/.../F-VI-47%20ENCUESTA%20PERFIL%20SOCIODEMOG>

Davis, F. (2010). *La comunicación no verbal*. Recuperado de <https://comunicacionenlaunsj.files.wordpress.com/2011/09/la-comunicacion-no-verbal.pdf>

De la Torre Z., F. (2005). *12 lecciones de pedagogía, educación y didáctica*. México: Alfaomega.

Delgado y Solano (2009). Estrategias didácticas creativas en entornos virtuales para el aprendizaje. *Revista Electrónica Actualidades Investigativas en Educación*. Vol. 9, N°2, año 2009, pp 1-21.

De Zubiría, J. (2006). *Los modelos pedagógicos*. Hacia una pedagogía dialogante (2 ed.). Bogotá, D.C.: Cooperativa Editorial Magisterio.

Díaz Barriga. (1998). *Estrategias de enseñanza para la promoción de aprendizajes significativos*. Recuperado de.

<https://www.uv.mx/dgdaie/files/2012/11/PPP-DC-Diaz-Barriga-Estrategias-de-ensenanza.pdf>

Durán, A., Valderrama, L., Uribe, A., González, A., Molina, J. (Enero - Marzo de 2010).

*Enfermedad crónica en adultos mayores*. Universitas medica. Recuperado de

<http://www.redalyc.org:9081/html/2310/231018676003/>

Díaz Barriga, Frida y Hernández G. (1998). “*Estrategias de enseñanza para la promoción de aprendizajes significativos*”. Recuperado de.

<https://www.uv.mx/dgdaie/files/2012/11/PPP-DC-Diaz-Barriga-Estrategias-de-ensenanza.pdf>

Eco U. (2000). *Tratado de semiótica general*. España. Editorial Lumen.

Guevara-Peña (2016). Impactos de la institucionalización en la vejez. Análisis frente a los cambios demográficos actuales. *Entramado 2016; 23: 138-151*. Vol. 12 No. 1, 2016 (Enero - Junio). Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/entra/v12n1/v12n1a10.pdf>

González, M. (2004). *La comunicación enfermera- paciente en etapa terminal, en el hospital de especialidades número 25 IMSS* (Tesis inédita de maestría). Universidad

Autónoma de Nuevo León, Nuevo León, México.

Hall, E. (1993). *La dimensión oculta, siglo veintiuno editores*, Madrid, España. Recuperado de <https://docs.google.com/viewer?a=v&pid=sites&srcid=ZGVmYXVsdGRvbWFpbXhcmNoaXZvMDEwfGd4OjVIN2NmOTE5NmNhOWUxYjc>

Hamui, Sutton, Varela Ruiz, Ortiz Montalvo y Torruco García (2015). Modelo educativo para desarrollar actividades profesionales confiables (MEDAPROC). *Rev. Med. Inst. Mex. Seguro Soc.* 53(5):616-29.

Hernández. (2012). *www.profesorenlinea.cl*. Recuperado de

<http://www.profesorenlinea.cl/castellano/comunicacionVerbalYNoVerbal.htm>

Hermes A. (2013). *www.soymimarca.com*. Recuperado de

<http://www.soymimarca.com/comunicacion-verbal-iii-la-marca-personal-entra-por-los-ojos/>

Innove Institute (2011). *www.youtube.com*. Recuperado de

<https://www.youtube.com/watch?v=BYEHssJ664I>

Kumar V., Cotran R. y Robbins S. (Febrero, 2001). *Patología humana*, México DF:

Mac Graw Hill Internacional.

Lenneberg, E. (1964). *New directions study of lenguaje*. Boston: M.A.T Recuperado de

[http://vignette4.wikia.nocookie.net/desarrollodepensamientoylenguaje/images/e/ea/unidad\\_ii\\_9](http://vignette4.wikia.nocookie.net/desarrollodepensamientoylenguaje/images/e/ea/unidad_ii_9)

11\_14\_mecanismos-que-utilizan-los-niños-para-la-adquisición-del-lenguaje.pdf/revision/latest?cb=20150121015210&path-prefix=es

Ley 1850. (2017). *Por medio de la cual se establecen medidas de protección al adulto mayor en Colombia, se modifican las leyes 1251 de 2008, 1315 de 2009, 599 de 2000 y 1276 de 2009, se penaliza el maltrato intrafamiliar por abandono y se dictan otras disposiciones*. Recuperado de <http://es.presidencia.gov.co/normativa/normativa/LEY%201850%20DEL%2019%20DE%20JULIO%20DE%202017.pdf>

Márquez, J., Meléndez, L. (julio del 2002). *Promoción humana en el envejecimiento una experiencia de orientación gerontológica*. Educere. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/356/35601807.pdf>

Martínez, J. (2011). [www.wordpress.com](http://www.wordpress.com). Recuperado de <https://centrodelafamiliacristiana.wordpress.com/2011/11/16/importancia-de-la-comunicacion-de-la-familia/>

Maza N. (2014). [www.entretantomagazine.com](http://www.entretantomagazine.com). Recuperado de <http://www.entretantomagazine.com/2014/01/09/el-mal-gesto-la-comunicacion-no-verbal-en-diferentes-culturas/>

Montero R. y Manzanares. A. (2005). *Escalas de valoración del dolor*. Centro de Salud Villa de Vallecas. Madrid. España. Recuperado de <http://www.jano.es/ficheros/sumarios/1/68/1553/41/1v68n1553a13072240pdf001.pdf>

Minsalud, (2014). *Política colombiana de envejecimiento humano y vejez*. Recuperado de.

[file:///E:/Files/bibliografia%20trabajo%20de%20grado/politicas%20adulto%20\(1\)biblio%20tesis.pdf](file:///E:/Files/bibliografia%20trabajo%20de%20grado/politicas%20adulto%20(1)biblio%20tesis.pdf)

Naranjo B. IC y Ricaurte G. GP, (2006). La comunicación con los pacientes. *Invest. educ. emfer.* 24(1): 94-98. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/iee/v24n1/v24n1a10.pdf>

Nunan (1989) .*El diseño de tareas para la clase comunicativa*. Cambridge. Cambridge University Press. Recuperado de

[https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/45290651/Language\\_teaching\\_methodology\\_1.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1544288207&Signature=Jmb%2FCEK%2FX%2F%2BxlopGCPWBV0JWPYM%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DLanguage\\_teaching\\_methodology.pdf](https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/45290651/Language_teaching_methodology_1.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1544288207&Signature=Jmb%2FCEK%2FX%2F%2BxlopGCPWBV0JWPYM%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DLanguage_teaching_methodology.pdf)

OMS (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud: CIF*. España: Grafo S.A.

Organización panamericana de la salud, organización mundial de la salud. (2009). *Parte I: módulos de valoración clínica. Organización Mundial de la Salud. Valoración clínica del adulto mayor*. Recuperado de <Http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/9789>.

Pmkast (2013) .*www.youtube.com*. Recuperado de <https://www.youtube.com/user/pmkast/about>

Pont Geis P. (2000). *Tercera edad, actividad física y salud* .Teoría práctica. Barcelona: Paidotribo.

Ramírez, Narvaja, Olave, Batanelo, Cisneros, Rojas, Castañeda, Calderón, Suarez, Bombini, Vallejo y Cárdenas. (2018). *Didáctica del lenguaje y la literatura, retrospectivas y perspectivas*.

Anexos. Bogotá: Ediciones de la U. Recuperado de

<https://lenguajeyeducacion.files.wordpress.com/2018/12/didc3a1ctica-del-lenguaje-y-la-literatura1.pdf>

Reyes, C., Gheorghiu, S., Mulligan, T. (1998). *Olvido de los fenómenos psicológicos en la relación médico-paciente anciano*. Colombia Médica. Recuperado de

<http://www.redalyc.org/pdf/283/28329405.pdf>

Robles, L., Vázquez, E. (Abril –junio del 2008). *El cuidado a los ancianos: las valoraciones en torno al cuidado no familiar*. Texto & Contexto Enfermagem. México. Recuperado de

<http://www.redalyc.org/pdf/714/71417202.pdf>

Rodríguez García R. (1999). *Geriatría*. México DF. Mc Graw-Hill interamericana.

Tejada, J. (2009). *Competencias docentes. Profesorado*. Revista de currículum y formación del profesorado, 3(2), 1-15.

Torossian A. (2014). [www.ehowenespanol.com/](http://www.ehowenespanol.com/). Recuperado de

[Htt://www.ehowenespanol.com/efectos-vestimenta-comunicación-verbal-credibilidad-fuente-del-mensaje-info 193707](http://www.ehowenespanol.com/efectos-vestimenta-comunicación-verbal-credibilidad-fuente-del-mensaje-info-193707)

Poyatos, F. (1994). *La comunicación no verbal. Vol. I. Cultura, lenguaje y conversación; Vol. II: Paralenguaje, kinesis e interacción*. Madrid: Ediciones Istmo.

Poyatos, F. (2003). *Revista de investigación científica. La comunicación no verbal: Algunas de sus perspectivas de estudio e investigación*. Recuperado de

<http://revistas.um.es/ril/article/view/5741>

Villamizar C. (2016). *www.altorendimiento.com*. Recuperado de

<http://altorendimiento.com/la-expresion-de-las-emociones-mediante-la-comunicacion-no-verbal-durante-un-partido-de-voleibol/>

Saussure F. (1964). *Curso de lingüística general*. Editorial Losada. Buenos Aires. Argentina.

Watzlawick, P., Beavin, J., Don. J., (1967). *Teoría de la comunicación humana*. Recuperado de.

<https://catedraepistemologia.files.wordpress.com/2015/09/276081111-teoria-de-la-comunicacion-humana-watzlawick.pdf>

Zubiría J. (2005) *Las competencias argumentativas. La visión desde la educación*. Cooperativa Editorial Magisterio, Bogotá – Colombia. Recuperado de

<https://es.scribd.com/document/192574732/Las-Competencias-Argumentativas>

**Anexos****Anexo # 1.**

**Encuesta sociodemográfica aplicada a los cuidadores de los adultos mayores en los tres hogares geriátricos**

**Encuesta modificada.**

**Encuesta sobre perfil sociodemográfico y morbilidad sentida realizada a auxiliares de enfermería que laboran al interior de los hogares geriátricos amor y ternura en sus sedes San Fernando, Casa Blanca y Pance**

**FECHA** \_\_\_\_\_

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_

**CARGO:** \_\_\_\_\_

**FORMACIÓN ACADÉMICA:**

**AREA:** \_\_\_\_\_

Marque con una X:

**1. EDAD**

a. 18 – 27 años

**2. ESTADO CIVIL**

a. Soltero (a)



b. 28 – 37 años

c. 38 \_ 47 años

d. 48 años o más

b. Casado (a) /Unión libre

c. Separado (a) /Divorciado

d. Viudo (a)

### **3. NIVEL DE ESCOLARIDAD**

b. Secundaria

c. Técnico / Tecnólogo

d. Universitario

e. Posgrado

f. Magister

g. Doctorado

### **4. SEXO**

a. Hombre

b. Mujer

### **5. USO DEL TIEMPO LIBRE**

a. Otro trabajo

b. Labores domésticas

c. Recreación y deporte

d. Estudio

e. Ninguno

### **6. ANTIGÜEDAD EN EL CARGO ACTUAL**

a. Menos de 1 año

b. De 1 a 5 años

c. De 5 a 10 años

d. De 10 a 15 años

e. Más de 15 años

**7. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS?**

**8. PRACTICA ALGUN DEPORTE?**

Frecuencia

- a. Si      \_\_\_ Semanal  
 b. No      \_\_\_ Quincenal  
             \_\_\_ Mensual  
             \_\_\_ Ocasional

- a. Si  
 b. No

Cual \_\_\_\_\_

Frecuencia \_\_\_\_\_

**9. FUMA?**

a. Si      Promedio diario: \_\_\_\_\_

b. No

**10. CUALES DE LAS SIGUIENTES MOLESTIAS HA SENTIDO CON FRECUENCIA EN LOS ULTIMOS SEIS (6) MESES?**

SINTOMA	SI	NO	EXPLIQUE
Dolor de cabeza			
Dolor de cuello, espalda y cintura			
Dolores musculares			
Dificultad para algún movimiento			
Tos frecuente			
Dificultad respiratoria			
Gastritis, ulcera			

Otras alteraciones del funcionamiento digestivo			
Alteraciones del sueño (insomnio, somnolencia)			
Dificultad para concentrarse			
Mal genio			
Nerviosismo			
Cansancio mental			
Palpitaciones			
Dolor en el pecho (angina)			
Cambios visuales			
Cansancio, fatiga, ardor o disconformidad visual			
Pitos o ruidos continuos o intermitentes en los oídos			
Dificultad para oír			
Sensación permanente de cansancio			
Alteraciones en la piel			
Otras alteraciones no anotadas			

**11. Reconoce usted qué tipo de funcionalidad osteomuscular, que limita el movimiento de MMII (miembros inferiores) y/o con restricciones padece el adulto mayor que usted atiende, siendo así describa lo característico en su postura?**

Sí--- No---

- Caída y se fractura:
- Osteoporosis:

- Artritis reumatoide:
- Osteoartritis:
- Artritis infecciosa:

**12. Cuál es la postura que adopta un paciente con funcionalidad osteomuscular, que limita el movimiento de MMII (miembros inferiores) y/o con restricciones durante la marcha, según lo que usted ha observado?**

1. Camina sin dificultad y erguido.
2. Camina doblado con mucho dolor y cojea.
3. Camina erguido y ciertas posiciones le aumentan dolor cambiando su postura.

**13. ¿Cómo es el comportamiento del adulto mayor con funcionalidad osteomuscular, que limita el movimiento de MMII (miembros inferiores) y/o con restricciones al momento de relacionarse en sociedad?**

1. Se relaciona bien con su entorno: entabla una conversación con facilidad, saluda con confianza, da la mano, abraza o presenta manifestaciones de afecto.
2. Es distante y poco sociable con su entorno: a veces saluda, cuando saluda prefiere no acercarse a su interlocutor, solamente eleva una mano para hacerlo.
3. Se abstiene de relacionarse con su entorno: se mantiene aparte, nunca saluda, baja la cabeza cuando esta con otras personas o presenta una mirada perdida.

**14. Que sonido emite el adulto mayor en presencia de una?**

1. Sonido monosílabo.
2. Un grito.
3. Gime.

4. No emite sonido alguno.

**15. El paciente adulto mayor con funcionalidad osteomuscular, que limita el movimiento de MMII (miembros inferiores) y/o con restricciones, en situación de dolor?**

1. Realiza con frecuencia múltiples muecas y gestos.
2. Pocas veces realiza múltiples muecas y gestos.
3. No realiza gestos, es inexpresivo.

**Firma:** -----<sup>2</sup>

**Anexo # 2**

Pragmática del lenguaje no verbal en los cuidadores del adulto mayor y en el contexto donde laboran, para lo cual se realizó una observación participante por medios audiovisuales a los cuidadores del adulto mayor, donde se presentan algunas imágenes tomadas a 7 videos realizados con los cuidadores de adultos mayores con funcionalidad osteomuscular, que limita el movimiento de MMII (miembros inferiores) y/o con restricciones.

---

<sup>2</sup> Se realizó la encuesta de perfil sociodemográfica y de morbilidad sentida en base a un texto original de Copocesar 2016, el cual se adapta a los requerimientos del presente trabajo investigativo.

**Cuidador # 1, C1**



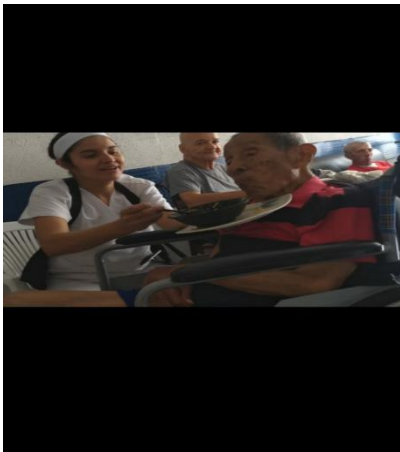
**Cuidador # 2, C2**



**Cuidador # 3, C3**



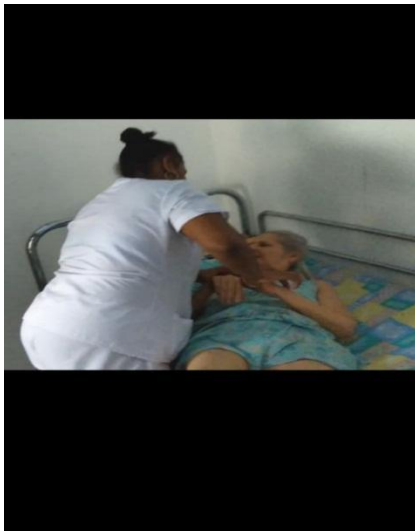
**Cuidador # 4, C4**



**Cuidador # 5, C5**



**Cuidador #6, C6**



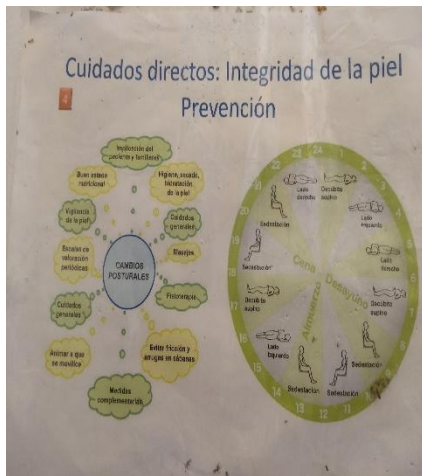
**Cuidador #7, C7**



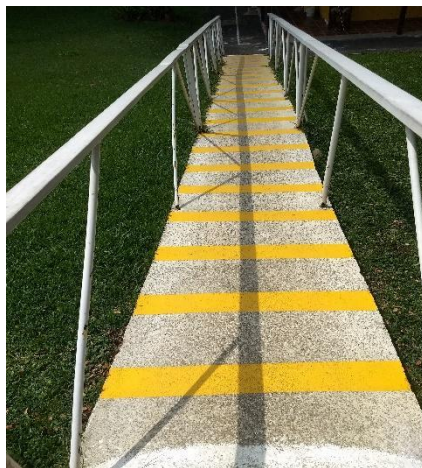




### Categoría de actitudes

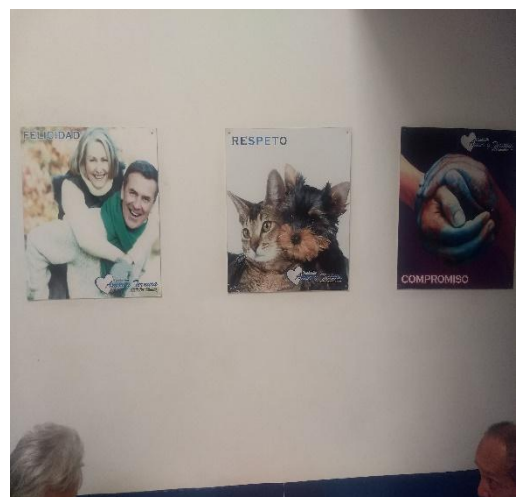


### Categoría de responsabilidad social





**Categoría de sentido de pertenencia**





## Anexo # 4

### Estrategia didáctica: Curso de comunicación no verbal en el cuidador del adulto mayor

Docente: Julián Andrés Rodríguez Díaz

### Guía de trabajo # 4 “Las maneras como se saluda”

Nombres y apellidos: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

1. Identifique las formas más universales de saludos y despedidas existentes y escoja cual sería la más apropiada para la interlocución con el adulto mayor, justifique su respuesta.



2. ¿Cuál de los anteriores saludos es el más hoy en día en el contexto con el adulto mayor y por qué?
-

3. Por favor describa los diferentes tipos de saludos no verbales utilizados con el adulto mayor:

---

---

---

4. ¿Cuál es el papel de la cultura en los saludos?



---

---

5. ¿Con qué saludo se identifica para con el adulto mayor y por qué?

1. Un abrazo
2. Una reverencia
3. Apretón de manos
4. Saludo con la mano
5. Un beso una palmada

---

---

6. Elabore paso a paso cómo debe saludar al adulto mayor, haciendo uso de su vocabulario diario: \_\_\_\_\_

---

7. A continuación se ubican en grupos de a tres y por medio del uso de unas cualidades primarias del paralenguaje harán el siguiente ejercicio:

A. Entre los tres cada uno de ustedes van a realizar la interlocución verbal al mismo tiempo.

B. Cada uno de ustedes va a realizar la interlocución por medio del pedir las palabras, ya sea por medio del lenguaje no verbal o de un comando de voz.

C. Los tres solo se van a comunicar por medio de lenguaje no verbal.

Se finaliza la anterior actividad, con la realización de una, mesa redonda donde se discute lo que lograron observar.

### **Anexo # 5**

**Docente: Julián Andrés rodríguez Díaz**

**Guía de trabajo # 5 “¿Qué es ser adulto mayor? ¿Qué es ser cuidador?”**

**Nombre y apellidos:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

1. Por favor describa como se está dando la comunicación no verbal en la presente imagen, teniendo en cuenta la pragmática.



---

---

---

2. Por favor describa que gestos usted utiliza con el adulto mayor en el contexto laboral:

---

---

3. Por favor observe las posturas de los adultos mayores y qué opinión tiene ,explique:



- 
- 
- 
4. Enlaces de videos a presentarse en esta actividad para el reconocimiento del cuidador y del contexto del adulto mayor con funcionalidad osteomuscular, que limita el movimiento de MMII (miembros inferiores) y/o con restricciones.

Los siguientes videos, dan a conocer los cuidados que se deben de tener con el adulto mayor por parte de las personas que lo cuidan, los cuales facilitaran su buena calidad de vida. Link:

- <https://www.bing.com/videos/search?q=cuidado+adulto+mayor&&view=detail&mid=727FE5BC5A263825CC5F727FE5BC5A263825CC5F&&FORM=VRDGAR>
- <https://www.bing.com/videos/search?q=cuidado+adulto+mayor&&view=detail&mid=480F50B9214943F683FA480F50B9214943F683FA&&FORM=VRDGAR>
- <https://www.bing.com/videos/search?q=cuidado+adulto+mayor&&view=detail&mid=BF2413374AD6F7CF2C18BF2413374AD6F7CF2C18&&FORM=VRDGAR>
- <https://www.bing.com/videos/search?q=cuidado+adulto+mayor&&view=detail&mid=BC1FD273E61A29189E37BC1FD273E61A29189E37&&FORM=VRDGAR>

Otro video de gran importancia es sobre los dolores de cadera en el adulto mayor y por que causas se presentando, por lo cual, el conocer esa información por parte del cuidador, debe servir para mejorar su labor. Link:

- <https://www.youtube.com/watch?v=bGK78AbmVqU&feature=youtu.be>

Cursos dictados a diferentes personas que tienen bajo su cuidado adultos mayores.

Link:



- <http://www.educacioncontinua.uc.cl/28573-ficha-cuidado-integral-del-adulto-mayor>
- <https://www.minsal.cl/salud-del-adulto-mayor/>
- <https://es.wikihow.com/comunicarse-con-adultos-mayores>

Página web sobre cómo se debe de realizar una buena comunicación efectiva con el adulto mayor

- <http://www.gericare.com.mx/blog/comunicacion-efectiva-con-el-adulto-mayor/>

5. Folleto informativo sobre el contexto del adulto mayor con patología osteoartromuscular.

folleto a cuidadores.pub

## **Anexo # 6**

### **Estrategia didáctica**

**Docente: Julián Andrés Rodríguez Díaz**

**Guía de trabajo # 3 “Mi vida cotidiana”**

**Nombre y apellidos:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

1. Organice todos los acontecimientos que usted hace en un día normal de labores con el adulto mayor ,desde que se despierte hasta que se duerme según los horarios establecidos a continuación:

I. Antes de salir al trabajo: \_\_\_\_\_ -

II. En horas de la mañana en el trabajo: \_\_\_\_\_

III. En horas de la tarde: \_\_\_\_\_

IV. Saliendo de labores: \_\_\_\_\_

V. Cuando llega a casa del trabajo: \_\_\_\_\_

VI. Antes de acostarse: \_\_\_\_\_

2. ¿Qué gestos ha percibido usted con frecuencia al interior de los hogares geriátricos por parte del adulto mayor y que significan?

---



---



---

3. Reúnanse en grupos y escojan una de las siguientes imágenes para dramatizar.

Imagen #1



Imagen #2



4. Reúnanse en parejas y realice una representación teatral, donde una de las dos personas sea el adulto mayor y otro el cuidador, por favor represente las siguientes tres

situaciones. Tendrá tiempo para preparar cada escenario, antes de realizar la representación.

- a. Adulto mayor en situación de ingesta de alimentos, donde el cuidador le colabora.
  - b. Adulto mayor independiente en su vida diaria con ayuda de bastón, donde el cuidador está a su lado supervisándolo.
  - c. Adulto mayor independiente, donde cuidador se nota indiferente
5. A continuación luego de haber realizado el anterior ejercicio práctico, se realiza mesa redonda y se dan conclusiones.
  6. Entregue la ficha al profesor y prepárese para el ejercicio práctico.

### **Anexo # 7**

#### **Estrategia didáctica**

**Docente: Julián Andrés Rodríguez Díaz**

#### **Guía de trabajo # 4 “Por qué las personas se comunican inadecuadamente”**

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

1. Cuáles son los actos de comunicación no verbal indebidos que causan malos entendidos con el adulto mayor.

Señalar con el dedo.

- A. Hacer con la mano significado de todo está bien.
- B. Hacer cachito con los dedos y entrecruzarlos.
- C. Referirse a los adultos mayores de manera amorosa.
- D. Fijar la mirada en los adultos mayores.

E. Poner un alto con la palma de las manos.

2. Explique la respuesta o respuestas señaladas en la anterior pregunta y

justifique: \_\_\_\_\_

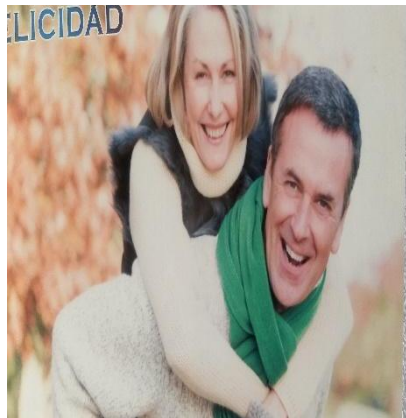
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. ¿Por qué cree que debe de ser importante el tener una buena comunicación no verbal en el interior de su contexto laboral?

\_\_\_\_\_

4. Qué opinión le genera la siguiente imagen y justifique su respuesta:



\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5. Organícese en grupos y prepare una obra de teatro que sea de su agrado, luego dramatícela para seguir con la secuencia de la temática de por qué las personas no saben comunicar, utilizar los siguientes ejes temáticos para representarlas:

- A. Unos adultos mayores reunidos en comunidad.
  - B. Un cuidador y un adulto mayor en su labor diaria de atención.
  - C. Dos cuidadores charlando entre ellos, los cuales descuidan el grupo de adultos mayores a su cargo.
  - D. Un cuidador esmerado en la atención del adulto mayor.
6. Se procede con la realización de una mesa redonda donde se debaten representaciones teatrales y se dan opiniones.

### **Anexo # 8**

#### **Estrategia didáctica**

**Docente: Julián Andrés Rodríguez Díaz**

**Guía de trabajo # 8 “El miedo al cuidar al adulto mayor”**

**Nombre y apellidos:**

**Fecha:** \_\_\_\_\_

1. Describa que aspectos negativos se ven reflejados al momento de interactuar en un contexto laboral al cuidado de un adulto mayor: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
2. ¿Según esta imagen cree usted que el interactuar con un adulto mayor requiere de una buena comunicación no verbal y por qué? Qué impresión le genera esta imagen?



---

---

---

## Anexo # 9

### Estrategia didáctica

**Docente: Julián Andrés Rodríguez Díaz**

### Guía de trabajo # 9 “Mis mayores temores y mis alegrías”

**Nombre y apellidos:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

1. En una hoja redacte un escrito para medir la competencia gramatical, la temática es “Mis mayores temores y mis alegrías” tenga en cuenta tener coherencia y cohesión de manera lógica.
2. ¿Los sentimientos cuando se interactúa con las personas adultas mayores tienen un significado en los actos de comunicación no verbal? Responda sí o no y explique su respuesta.



- 
- 
- 
3. Qué opinión tiene de la siguiente frase: “La expresión de la cara dice más que las palabras”, correlacione según la pragmática de la comunicación no verbal y explíquela. \_\_\_\_\_
- 
- 
4. ¿Qué expresiones acostumbra usted a realizar con más frecuencia cuando realiza sus labores con el adulto mayor? Explique el porqué de su respuesta.
- i. Cara de seriedad.
  - ii. Cara de felicidad.
  - iii. Cara inexpresiva.
  - iv. Cara de malgenio.
  - v. Cara de burla.
- 
- 
5. Organice una mesa redonda y sustente su escrito frente a sus compañeros para conocer sus mayores miedos y la reacción frente a los mismos para percibir la comunicación no verbal.
6. Entregue la guía al docente y realice un debate.

**Anexo # 10****Estrategia didáctica****Docente: Julián Andrés Rodríguez Díaz****Guía de trabajo # 10 “El mal humor comunica”****Nombre y apellidos:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

1. ¿Por qué el mal humor es una de las principales causas de mala comunicación no verbal para la interrelación entre cuidador y adulto mayor?

¿? ?

---

---

---

2. A continuación se le dan 3 situaciones a representar en una obra de teatro, donde está implícita la relación cuidador-adulto mayor al interior de un hogar geriátrico, escoja una de ellas y represéntela.
  - i. El cuidador le cambia el pañal al adulto mayor y se nota alegre en función de realizar su labor, donde el adulto mayor se nota colaborador en tarea que está realizando el cuidador.
  - ii. Hay un cuidador dando alimento a un adulto, pero el cuidador se nota en desagrado con acción que realiza con el adulto, por lo cual el anciano se rehúsa a seguir alimentándose.
  - iii. Al momento de acostar al adulto mayor, tanto el cuidador que realiza su función como el paciente, hacen caso omiso y no cruzan palabra alguna,



con lo cual ocurre un accidente en el adulto mayor donde este resbala y cae sobre su cadera.

3. Entregue la ficha al docente y sustente las actividades prácticas.

## Anexo # 11

### Estrategia didáctica

Docente: Julián Andrés Rodríguez Díaz

### Guía de trabajo # 11 “La visión y su importancia”

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

1. ¿Qué es lo que las personas ven en otras durante su primera impresión y de qué manera interviene su comunicación no verbal?



- 
2. Organice grupos con sus compañeros y prepare una dramatización en la cual se ve reflejada la importancia de saber observar en el contexto del adulto mayor con su cuidador. Discuta en mesa redonda posteriormente.
3. Según su punto de vista ¿Es más importante ver o escuchar? Justifique el porqué.

---



---

4. Reflexione acerca de la Importancia de la comunicación no verbal en la interlocución del cuidador con el adulto mayor y de una apreciación de como poder mejorar esa expresión no verbal dentro del contexto laboral y fuera.
- 
- 
- 

5. Entregar la guía al profesor y realizar una mesa redonda.

### **Anexo # 12**

**Encuestas sociodemográficas de 7 auxiliares de enfermería los cuales laboran en tres de los hogares geriátricos amor y ternura, en las sedes de san Fernando, Casa Blanca y Pance**

cuidador 3\_201811241027.pdf cuidador 2\_201811241026.pdf cuidador 1\_201811241025.pdf

cuidador 7\_201811241029.pdf cuidador 6\_201811241029.pdf cuidador 5\_201811241028.pdf

cuidador 4\_201811241027.pdf

### **Anexo # 13**

**Consentimientos informados, hogares geriátricos**

consentimiento informado\_201812041326.pdf

