




Barreras en la Geronto Comunicación detectadas por Profesionales de la Salud

Recibido: 1/10/23
Revisado: 2/11/23
Aceptado: 1/12/23
Publicado: 31/12/23

Miguel Angel Carrasco Garcia* 
Universidad Austral de Chile, Chile; Universidad de la Frontera,
Chile; Sapienza-Università di Roma, Italia

Carola Paz Neira-Mellado 
Universidad de la Frontera, Chile
Universidad Austral de Chile, Chile

Ricardo Neira Mellado 
Universidad Austral de Chile, Chile

Resumen

Un grupo de 31 profesionales chilenos del área de la Gerontología Clínica evaluaron la comunicación interpersonal que surge del encuentro clínico con las personas mayores, con la finalidad de caracterizar dicha comunicación, detectar las barreras que afectan esta interacción y proponer alternativas para abordarlas. A través de un cuestionario, esta investigación mixta descriptiva sustenta que el modelo comunicacional predominante empleado por los profesionales encuestados es el lineal, por sobre el interaccional pragmático, las principales barreras a superar son las socioculturales vinculadas a la educación y la empatía del profesional sanitario resulta ser la mejor estrategia para mejorar los resultados terapéuticos. Esta reflexión busca iniciar la discusión sobre la necesidad de fortalecer las destrezas comunicacionales clínicas desde el pregrado para que se transformen en una herramienta eficaz para mejorar los resultados terapéuticos.

Palabras clave: Gerontología; comunicación interpersonal; barreras comunicacionales; empatía.

Barriers to Gerontocommunication detected by Health Professionals

Abstract

A group of 31 Chilean professionals in the Clinical Gerontology area evaluated the interpersonal communication that arises from the clinical encounter with the elderly. The results obtained through a questionnaire and subsequent content analysis supported the use of a linear communication model when participants approach elderly patients. Individuals also reported that sociocultural obstacles, linked to low levels of education, are the main barriers to overcome during the encounter with elderly patients while the best strategy to improve therapeutic results is the empathy of health professionals. The results of the present study aimed to promote the discussion on the necessity to strengthen clinical communication skills from an undergraduate level formation to become an effective tool to improve therapeutic results at a professional level.

Keywords: Gerontology; interpersonal communication; communication barriers; empathy.

*Correspondencia: miguel.carrasco@alumnos.uach.cl

Este artículo tiene una licencia Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International License (CC BY-NC-ND 4.0).



Barreiras na comunicação geronto-gerencial identificadas pelos profissionais de saúde

Resumo

Um grupo de 31 profissionais chilenos da área de Gerontologia Clínica avaliou a comunicação interpessoal que surge do encontro clínico com o idoso, a fim de caracterizar essa comunicação, detectar as barreiras que afetam essa interação e propor alternativas para enfrentá-las. Através de um questionário, esta pesquisa descritiva mista sustenta que o modelo comunicacional predominante utilizado pelos profissionais pesquisados é o linear, sobre o pragmático interacional, as principais barreiras a serem superadas são as socioculturais vinculadas à educação e a empatia do profissional de saúde resultados ser a melhor estratégia para melhorar os resultados terapêuticos. Esta reflexão busca iniciar a discussão sobre a necessidade de fortalecer as habilidades de comunicação clínica da graduação para que se tornem uma ferramenta eficaz para melhorar os resultados terapêuticos.

Palavras-chave: Gerontologia; comunicação interpessoal; barreiras de comunicação; empatia.

1. Introducción

Entre 2000 y 2050 la población mundial mayor de 60 años se duplicará, convirtiéndose en un 22% del total de habitantes a nivel planetario; un 34% de la población de Europa y un 25% de América Latina y el Caribe (Organización Mundial de la Salud, 2016).

Chile está en un proceso de transición demográfica iniciado con un descenso de la mortalidad y un crecimiento poblacional, seguido por una fase de reducción de la fertilidad y una etapa final de envejecimiento de la población (Villalobos, 2017). El año 2019 se registraban 2.260.222 chilenos mayores de 65 años (Instituto Nacional de Estadísticas, Chile, 2019) cifra que representa el 11,9% del total de la población del país, concentrándose principalmente en la región Metropolitana, Valparaíso, y Biobío. Se espera que para el 2040 el 20% de la población chilena supere los 60 años y el 6% alcance los 80 años (Leiva et al., 2020).

Desde el punto de vista biológico, el envejecimiento se entiende como la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares que reducen las reservas fisiológicas, aumentan el riesgo de enfermedades y disminuyen las capacidades intrínsecas del individuo; terminando este proceso con la muerte del individuo (Organización Mundial de la Salud, 2015).

Las personas que envejecen con discapacidades comunicacionales deben enfrentar desafíos relacionados al mantenimiento de roles sociales e identidad y el acceso a los servicios de atención médica; por lo tanto, los profesionales de la salud deben desarrollar habilidades interaccionales para superar las barreras que impiden el acceso a la salud y la continuidad de una interacción social valorada (Yorkston et al. 2010).

Bajo la premisa de que una comunicación efectiva en la interacción entre profesional de la salud-persona mayor puede mejorar los rendimientos terapéuticos, el objetivo del presente estudio es indagar desde los paradigmas de la comunicación, en las características que profesionales del área de la salud gerontológica otorgan a la comunicación interpersonal con sus pacientes mayores, identificando las barreras que la dificultan y posibles acciones para mejorar la interacción con sus pacientes en el entorno clínico.



1.1 Gerontocomunicación

La comunicación efectiva en la relación profesional de la salud tratante-paciente reduce los conflictos y reclamos de quienes solicitan atención y mejora los resultados en términos de la satisfacción del paciente y del médico, del entendimiento y registro de lo observado, de la adherencia a los planes de tratamiento, el alivio de los síntomas y los resultados clínicos (Moore et al. 2010).

Podemos entender qué es comunicación en base a tres paradigmas. El primero de ellos corresponde al Procesal-linear o de los Medios de Masas que define la comunicación como la transmisión de información desde un emisor a un receptor a través de un canal cuyo modelo se nutre de la teoría fisicomatemática de Shannon y Weaver (1949) y de las ideas de Lasswell (1948).

El segundo, es el Paradigma Interaccional Pragmático de la Escuela de Palo Alto que reenfoca el análisis desde los medios hacia la comunicación interpersonal, tanto verbal como no verbal, con base en los enfoques interaccionistas e inscrita siempre en un contexto determinado (Rizo, 2011). El feedback o retroalimentación es un concepto incorporado bajo este modelo.

El tercero es el Paradigma Sociocultural que considera a la comunicación como producción e intercambio de sentido, analizando la forma en cómo los mensajes o textos interactúan con las personas y la cultura. Su principal método de estudio es la semiótica, para la cual "el mensaje es una construcción de signos que, al interactuar con los receptores, produce significados" (Fiske, 1984).

Los trastornos de la comunicación aumentan con la edad y afectan la eficacia de la interacción, existiendo grados de severidad de las discapacidades que en aumento van desde personas mayores sanas que desean evitar condiciones de comunicación discapacitantes, hasta aquellos individuos con discapacidades de comunicación bien definidas, como disartria, afasia e hipoacusia (Yorkston et al. 2010).

1.2 Barreras de Comunicación

Físicas. En las personas mayores, la pérdida de la visión y audición afecta negativamente a nivel funcional, psicológico y social, pudiendo ser causa de discapacidad y dependencia, aumentando además el riesgo de deterioro cognitivo (Vázquez, 2018).

La prevalencia de la hipoacusia en Chile en mayores de 65 años es de un 52,4% la cual se asocia significativamente a dificultades en la comunicación, disminución de la actividad social, alteraciones emocionales, menor capacidad de autocuidado, deterioro cognitivo y alteraciones de memoria (Cardemil et al. 2016).

Por su parte, la alteración visual influye en la autonomía de las personas mayores. En Chile, una de las patologías oculares susceptibles de ser tratada más frecuente en adultos mayores de 65 años es la catarata (Jiménez Navascués & Hajar Ordovas, 2014).

La función cerebral superior más importante en el individuo es el lenguaje y su pérdida se conoce como afasia, la que repercute en el entorno laboral, familiar y social (Santiago & Gárate, 2016).



Puede producirse por accidente cerebro vascular, traumatismo encefalocraneano, tumor, infecciones y enfermedades neurodegenerativas, estimándose en 5.670 (21%) a 10.260 (38%) casos registrados por año (González & Hornauer-Hughes, 2014).

Psico cognitivas. No existe una explicación satisfactoria de las diferencias en la acción lingüística asociadas al envejecimiento. Por una parte, la reducción de la capacidad de la memoria operativa resulta insuficiente para explicar el rendimiento en tareas de procesamiento y comprensión de oraciones y, por otro lado, debe indagarse hasta qué punto factores sociales y culturales pueden asociarse a los efectos del envejecimiento en las habilidades lingüístico-comunicativas (Roter, 2001).

Las personas mayores tienen mayor riesgo de desarrollar depresión, pérdida de la independencia y disminución de la autoestima e identidad; a lo que se suman niveles más bajos de alfabetización y educación formal. Estos últimos, incrementan la probabilidad de necesitar la compañía de un tercero al momento de consultar con especialistas médicos, situación que redundaría en una menor participación del adulto mayor en la toma de decisiones de los cuidados que requiere (Ministerio de Salud, Chile, 2018). Esta situación se agrava cuando el 7,1% de las personas de 60 años y más presenta deterioro cognitivo, cifra que a partir de los 75 alcanza un 13% en las personas entre 75-79 años y 36,2% en los mayores de 85 años (Olivares-Tirado, 2020). Se estima que entre el 5 y el 20% de las personas mayores de 65 años tienen deterioro cognitivo leve con una tasa de conversión anual a demencia de entre 5-15% (Smith, 2018).

Culturales. Conocer los elementos del contexto o competencia cultural es una habilidad esencial para los profesionales de la salud, principalmente los profesionales y estudiantes de enfermería (García-Vera et al. 2016). Las actitudes, estereotipos o mitos sobre las personas mayores por parte de los trabajadores de la salud y las creencias acerca de sus patologías pueden transformarse en una barrera cultural que afecta la relación entre ambas partes (Belintxon & López-Dicastillo, 2014). Las creencias culturales de cada individuo pueden influir en la percepción de las personas respecto a sus patologías y afectar su búsqueda de información o ayuda (Almeida & Ciosak, 2013)

1.3 Hacia un Nuevo Trato

Los profesionales de la salud deben demostrar interés por el cuidado de las personas mayores y eso requiere cordialidad, afecto, respeto, compromiso y ética, contribuyendo para hacer efectivo el proceso de comunicación, de la eficacia del tratamiento y promoviendo la calidad de vida (Falcón & Luna, 2012).

La alfabetización en salud es definida por la OMS como las habilidades sociales y cognitivas que determinan el nivel de motivación y la capacidad de una persona para acceder, entender y utilizar la información de forma que le permita promover y mantener una buena salud (Basagoiti, 2012). La alfabetización en salud es un predictor y determinante social de la salud, que influye en la generación de inequidades y que además está afecto por distintas variables como el sexo, edad y grupo étnico, entre otras. Se ha visualizado la necesidad de medir el nivel de alfabetización en salud de las personas para generar intervenciones que impacten positivamente en la salud de los colectivos humanos (Naderifar et al. 2017).



Puede producirse por accidente cerebro vascular, traumatismo encefalocraneano, tumor, infecciones y enfermedades neurodegenerativas, estimándose en 5.670 (21%) a 10.260 (38%) casos registrados por año (González & Hornauer-Hughes, 2014).

Psico cognitivas. No existe una explicación satisfactoria de las diferencias en la acción lingüística asociadas al envejecimiento. Por una parte, la reducción de la capacidad de la memoria operativa resulta insuficiente para explicar el rendimiento en tareas de procesamiento y comprensión de oraciones y, por otro lado, debe indagarse hasta qué punto factores sociales y culturales pueden asociarse a los efectos del envejecimiento en las habilidades lingüístico-comunicativas (Roter, 2001).

Las personas mayores tienen mayor riesgo de desarrollar depresión, pérdida de la independencia y disminución de la autoestima e identidad; a lo que se suman niveles más bajos de alfabetización y educación formal. Estos últimos, incrementan la probabilidad de necesitar la compañía de un tercero al momento de consultar con especialistas médicos, situación que redundaría en una menor participación del adulto mayor en la toma de decisiones de los cuidados que requiere (Ministerio de Salud, Chile, 2018). Esta situación se agrava cuando el 7,1% de las personas de 60 años y más presenta deterioro cognitivo, cifra que a partir de los 75 alcanza un 13% en las personas entre 75-79 años y 36,2% en los mayores de 85 años (Olivares-Tirado, 2020). Se estima que entre el 5 y el 20% de las personas mayores de 65 años tienen deterioro cognitivo leve con una tasa de conversión anual a demencia de entre 5-15% (Smith, 2018).

Culturales. Conocer los elementos del contexto o competencia cultural es una habilidad esencial para los profesionales de la salud, principalmente los profesionales y estudiantes de enfermería (García-Vera et al. 2016). Las actitudes, estereotipos o mitos sobre las personas mayores por parte de los trabajadores de la salud y las creencias acerca de sus patologías pueden transformarse en una barrera cultural que afecta la relación entre ambas partes (Belintxon & López-Dicastillo, 2014). Las creencias culturales de cada individuo pueden influir en la percepción de las personas respecto a sus patologías y afectar su búsqueda de información o ayuda (Almeida & Ciosak, 2013)

1.3 Hacia un Nuevo Trato

Los profesionales de la salud deben demostrar interés por el cuidado de las personas mayores y eso requiere cordialidad, afecto, respeto, compromiso y ética, contribuyendo para hacer efectivo el proceso de comunicación, de la eficacia del tratamiento y promoviendo la calidad de vida (Falcón & Luna, 2012).

La alfabetización en salud es definida por la OMS como las habilidades sociales y cognitivas que determinan el nivel de motivación y la capacidad de una persona para acceder, entender y utilizar la información de forma que le permita promover y mantener una buena salud (Basagoiti, 2012). La alfabetización en salud es un predictor y determinante social de la salud, que influye en la generación de inequidades y que además está afecto por distintas variables como el sexo, edad y grupo étnico, entre otras. Se ha visualizado la necesidad de medir el nivel de alfabetización en salud de las personas para generar intervenciones que impacten positivamente en la salud de los colectivos humanos (Naderifar et al. 2017).



2. Metodología

2.1 Tipo de estudio

Investigación de tipo métodos mixtos descriptiva, con aplicación de cuestionario entre profesionales de la salud formados en gerontología.

2.2 Recolección de datos

La recolección de datos se llevó a cabo entre enero y mayo de 2020. Se determinó una muestra por conveniencia con recolección de datos tipo Bola de nieve. Este método consiste en el reclutamiento de individuos, remitidos desde conocidos de los mismos participantes del estudio (Allen, 2017). Es una forma de muestreo efectivo cuando la dificultad para ubicar sujetos con características predeterminadas en la investigación es alta.

Como criterio de elegibilidad los individuos debían ser profesionales de la salud, con estudios de posgrado en gerontología, que se desempeñarán con personas mayores por más de 22 horas a la semana en atención primaria o dependientes de algún servicio de salud. Estos criterios se establecieron para asegurar constancia y frecuencia de relación con adultos mayores.

2.3 Participantes

Treinta y un individuos fueron contactados mediante correo electrónico, remitido por un participante que a su vez había completado el cuestionario previamente. En el correo se adjuntó el set de tres preguntas y en su encabezado se explicó la finalidad del estudio e instrucciones para su completación. Se enfatizó que las respuestas eran abiertas y libres en extensión para todas las interrogantes. Todos firmaron consentimiento informado. No hubo saturación de la muestra.

La muestra estuvo compuesta por 15 hombres y 16 mujeres, cuyas edades fluctuaron entre los 26 y 72 años ($x = 37$; $SD=10,27$). En cuanto a sus profesiones, cinco reportaron ser médicos, siete enfermeras, dos fonoaudiólogos, tres terapeutas ocupacionales, cuatro odontólogos, cuatro kinesiólogos, dos nutricionistas, dos psicólogas y dos asistentes sociales. Referido a sus años de experiencia profesional, los participantes reportaron un rango de cuatro a 30 años dedicados al área de salud.

2.4 Análisis de datos

Las respuestas se evaluaron mediante análisis de contenido que incluyó un proceso de lectura general, categorización y generación de temas en cada uno de los tres ejes iniciales: comunicación, barreras y soluciones. Las respuestas fueron incorporadas a una matriz elaborada según el marco teórico y los objetivos del estudio. Para mayor profundización, se extrajeron citas representativas de significado, los participantes fueron identificados con la letra "P" acompañada de un número. Los resultados de la codificación fueron sometidos a triangulación entre los investigadores.



3. Resultados

3.1 Eje comunicación interpersonal con adultos mayores

Si bien la mayoría de los participantes se refirió en términos descriptivos a dicha comunicación, solo 19 de ellos asignaron una calificación negativa o positiva, predominando esta última opción con once asignaciones. Cuando la evaluación negativa fue destacada, surgen variables de tipo socioculturales y físicas como causas, siendo la vulnerabilidad social el concepto empleado de forma más recurrente.

La comunicación con ellos es complicada, muchos adultos mayores de mi región sufren demencia senil, depresión, alzheimer; y cuesta que comprendan las indicaciones. Además, la red de apoyo en la mayoría de los casos tampoco entiende o a veces no se preocupa con responsabilidad de las indicaciones o cuidados médicos. (P19)

En cuanto al tipo de comunicación, prima una visión instrumental manifiesta en 17 participantes, interpretada solo en su función de transmisión de información con un fin particular (seguir instrucciones, cambiar hábitos, adscribir a un tratamiento). Predomina así una aplicación del paradigma procesal lineal de esta.

Es fácil comunicarse lo difícil es generar cambios en sus hábitos porque se supone que entienden, pero en realidad no siempre es así. (P22)

Solo ocho participantes reconocen en la comunicación una instancia de legitimación del otro dando peso a las condiciones sociales de procedencia de su interlocutor incluso como mediadores positivos, empleando un enfoque paradigmático de tipo sociocultural. De ellos, un sujeto se refiere al poder que tiene la comunicación dentro de los procesos sociales como afianzador de identidad.

(...) socialmente genera sentido de pertenencia a un grupo determinado, lo que impacta positivamente en un envejecimiento positivo y activo. (P26)

Solo dos participantes incorporan el feedback como componente de la comunicación, abriéndose a un modelo de tipo interaccional pragmático.

Igualmente, seis participantes mencionan la empatía como un elemento clave en el proceso de construcción de relación con el paciente y tres, profundizan en la cercanía como un elemento que aporta en la interacción. En este ámbito incorporan el elemento de "escucha activa" como esencial para establecer lazos que promuevan confianzas.

Para mí la comunicación interpersonal es el proceso por el cual interactuamos con el otro, transmitiendo información, dudas o emociones. No es solo que yo transmita mis conocimientos, sino que es escuchar al adulto mayor sus vivencias, conocimientos, experiencias, sentimientos, pensamientos, y para ello se hace necesario que la enfermera no solo conozca todos los cambios que se producen en el envejecimiento si no también es necesario la empatía: entender al otro, lo que vive, para que así podamos acompañarlo y ayudarlo. (P14)



Seis participantes reconocen nociones de poder en la relación tratante-paciente al dar cuenta de asimetrías generadas en el proceso de comunicación-traspaso de información.

Para conocer qué es lo que la persona mayor necesita y que desea comunicar, considero que solo al desprendernos de nuestras propias concepciones, juicios y forma de ver la vida, se logra una real sintonía. (P6)

En ese sentido, comprenden que el dominio de la interacción está en manos del tratante y sus preconcepciones de la vejez mientras que el paciente, pasivamente, recibe indicaciones, a veces en un lenguaje en extremo técnico.

La comunicación interpersonal no es muy diferente a la que poseen los otros profesionales de la salud, posee limitantes del lenguaje, sobre todo del lenguaje técnico, que en ocasiones se utiliza exceso de ese lenguaje, lo que entorpece la recepción y la comprensión del mensaje por parte de las personas mayores. (P1)

3.2 Eje barreras en la comunicación interpersonal con personas mayores

En términos del registro de barreras o impedimentos en la comunicación tratante-adulto mayor, la barrera sociocultural fue la más reconocida con 25 menciones, seguida de las barreras físicas con 18 anotaciones y cognitivas con 17. Los participantes además identificaron barreras de tipo ambientales, manifiestas en el diseño poco amigable de espacios (estacionamientos, veredas, escaleras), y personales, con una mención; esta última refiriéndose a la falta de capacitación para tratar con adultos mayores. Igualmente, un participante declaró no reconocer barreras en su interacción con pacientes gerontológicos.

En cuanto a las barreras socioculturales, el analfabetismo se presenta como la causa más común con nueve menciones, seguida por el aislamiento tecnológico o falta de adaptación a las nuevas tecnologías con cuatro nominaciones. En este punto se hace hincapié en la baja plasticidad del adulto mayor pero igualmente se desliza responsabilidad a las familias por reemplazar encuentros cara a cara por interacciones mediadas, cuya calidad es menor en la construcción de relación.

...la influencia de las redes sociales que mantienen a las personas pegadas a sus teléfonos y con muy poca comunicación efectiva entre los miembros de la familia. (P17)

El lenguaje o manejo de idioma se menciona en tres ocasiones, aludiendo al conocimiento limitado que se tiene del mapudungun en el caso de tratantes cuyo desempeño tiene lugar en zonas cercanas a asentamientos de pueblos originarios. La multiculturalidad también se ve tocada cuando se trata con grupos de inmigrantes cuyo idioma no es el castellano y de cuyas distancias culturales emergen las "adecuaciones" a los tratamientos designados. Con dos registros se reconoce al alcoholismo y los estereotipos como barreras sociales, siendo esta última especialmente asignada tanto a tratantes, familiares, y a los mismos pacientes gerontológicos,

(...) Las barreras propias de la condición física son manejables si hay conocimientos, pero lo social es más difícil porque es generacional, los criaron despreciando su propia vejez. (P9)
Entre las barreras socioculturales menos mencionadas se encuentran las creencias, el machismo, la inequidad y el abandono con una mención cada una.



En cuanto a las barreras físico-clínicas, la hipoacusia y deterioro visual aparecen mencionadas en 12 y seis ocasiones, respectivamente. La movilidad, en tanto, solo aparece nombrada como barrera en tres instancias para denotar su impacto en la calidad de vida del individuo, ocasionando interferencia en cómo se comunica e interactúa con otros. Finalmente, las barreras cognitivas se encuentran ampliamente concentradas en la demencia, con siete menciones y el deterioro cognitivo general, con seis.

3.3 Eje posibles soluciones a las barreras en comunicación gerontológica

En las respuestas se identificaron tres categorías para trabajar con las barreras en geronto comunicación. La primera de las soluciones apunta a entregar un mejor servicio de atención en salud al adulto mayor, con 19 menciones. En este grupo, las respuestas más recurrentes fueron: atender con empatía, nombrada en ocho oportunidades; brindar una escucha activa al interlocutor, con siete menciones; acomodación de herramientas para atender y explicar patologías, con cinco nóminas; mayor especialización en envejecimiento, con tres referencias; brindar el tiempo necesario, también con tres alusiones; generar mayor cercanía y contar con un equipo multidisciplinario, ambas con una nominación.

La segunda categoría apunta a generar un cambio sistémico del paradigma de lo que se entiende por adulto mayor y envejecimiento, con siete referencias. Entre las alternativas agrupadas se encuentran: valorar la experiencia del adulto mayor como una herramienta válida, con tres menciones; generar encuentros intergeneracionales, con tres registros; promover el empoderamiento de los adultos mayores, con dos asignaciones; y legitimarlos como sujetos de derechos, con una nominación.

Finalmente, la tercera categoría identificada habla de una lógica de salud comunitaria. Mencionada en siete ocasiones, apunta a generar los espacios para la inclusión desde las voluntades. Entre las opciones más recurrentes se encuentran: reconocer las particularidades del entorno, con tres referencias; realizar un cambio integral del modelo en salud, fortalecer la inclusión, y aumentar la fiscalización con una mención.

4. Discusión

La comunicación en la relación paciente-tratante es fundamental para lograr adherencia al tratamiento y subsecuente bienestar en salud (Almeida & Ciosak, 2013). En el marco de esta investigación y a la luz de los resultados, la comunicación interpersonal con adultos mayores debe redoblar esfuerzos para lograr objetivos clínicos cuando las barreras son múltiples y ubicuas. Una valoración principalmente positiva de las interacciones comunicativas con los pacientes gerontológicos da cuenta de dichos esfuerzos, los que priman al momento de atender a las necesidades y características de un interlocutor gerontológico. En la misma línea, incluso cuando la interacción es definida negativamente, los participantes adelantan inmediatamente alternativas orientadas a alcanzar los objetivos de la interacción pese a dichos inconvenientes, aspectos que refuerza una idea de voluntad en los equipos.

La predominancia de una visión paradigmática de la comunicación lineal da cuenta de instancias construidas en la asimetría, y a favor de transmitir información únicamente desde el tratante hacia el paciente; esto, sin generar momentos que permitan reconocer a un interlocutor válido.



Lo anterior, si bien puede resultar eficiente en términos de cumplimiento de metas en atención primaria, es ineficaz cuando existen significados contextuales derivados de elementos socioculturales que intervienen en la asimilación que el receptor pudiera tener, por ejemplo, de las indicaciones. Este eje se relaciona inmediatamente con la predominancia de una visión orientada a la mejora del servicio como respuesta a opciones para superar las barreras en comunicación con pacientes gerontológicos. En esta línea, hay una consistencia interna en los resultados puesto que, nuevamente, en percepción de los profesionales de la salud, los únicos responsables de entregar solución a instancias comunicativas fracasadas son los equipos de salud, negando un rol activo en el interlocutor, su paciente. Visiones como estas pueden ser extensamente discutidas en futuras investigaciones, para determinar, por ejemplo, el límite entre una aproximación de mejor atención al paciente a través de acomodación de la comunicación versus un trato condescendiente y paternalista.

El segundo paradigma más presente en el proceso comunicativo declarado por los participantes aborda una comunicación de tipo integral; se reconoce un interlocutor en el proceso que trae consigo un universo de experiencias y significados asociados a estas. Este interlocutor legitimado también es responsable de generar cambios para que las barreras que se identifican en el proceso comunicativo sean administradas. En ese sentido, el cambio de paradigma social para entender y abordar la vejez propuesto por los participantes otorga a los pacientes gerontológicos un espacio y rol determinado. La comunicación interpersonal bajo el prisma de este grupo de profesionales si se entiende como un momento de encuentro.

En cuanto a las barreras, la percepción de una predominancia de aspectos socioculturales como impedimentos para establecer interacciones valiosas refuerza la relevancia de considerar al tercer paradigma de comunicación como el modelo a implementar en la formación y práctica de profesionales gerontólogos. Esto ya que, como modelo, es el único que reconoce la importancia de aspectos del entorno y contexto como alimentadores de la instancia comunicativa.

Para extender y robustecer los resultados del presente estudio, investigaciones futuras deberían establecer comparaciones de percepciones y caracterizaciones de la comunicación tratante-paciente gerontológico según profesión. Igualmente, comparaciones entre tratantes urbanos y rurales debieran entregar información más detallada sobre barreras socioculturales que dieran cuenta de las particularidades de los territorios.

5. Conclusión

Indagar en las percepciones de profesionales insertos en la atención de personas mayores permitió construir una imagen de la apreciación que estos tienen de la comunicación como elemento para abordar las interacciones con este grupo etario y sortear las barreras derivadas del proceso de envejecimiento. En esta lógica, aun cuando la comunicación es considerada primordialmente como un equivalente al traspaso de información, existen visiones que le atribuyen un valor relacional, como generadora de sentido y, por ende, de pertenencia. Esta conceptualización debe ser una herramienta base para profesionales que se desempeñan en salud y cuyo ejercicio ofrece extremar esfuerzos para lograr una conexión real con el paciente, lo que redundaría en mayores niveles de satisfacción, mejor adherencia al tratamiento y una mejor calidad de vida.



6. Referencias

Allen, M. (2017). The Sage encyclopedia of communication research methods. United States of America: SAGE publications

Almeida, R. T. D. & Ciosak, S. I. (2013). Comunicación entre el anciano y el equipo de salud de la familia: ¿existe integralidad?. *Revista Latino-Am Enfermagem*, 21(4), 884-890. https://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n4/es_0104-1169-rlae-21-04-0884.pdf

Basagoiti I. (2012). Alfabetización en salud. De la información a la acción. Itaca.

Belintxon, M., & López-Dicastillo, O. (2014). The challenges of health promotion in a multicultural society: a narrative review. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 37(3), 401-409. <http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v37n3/revision2.pdf>

Cardemil, F., Muñoz, D. & Fuentes, E. (2016). Hipoacusia asociada al envejecimiento en Chile: ¿En qué aspectos se podría avanzar? *Revista de otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello*, 76(1), 127-135. https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48162016000100018

Falcón, M., & Luna, A. (2012). Alfabetización en salud: concepto y dimensiones. Proyecto europeo de alfabetización en salud. *Revista Comunicación y Salud*, 2(2): 91-98. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4500264>

Fiske, J. (1984). Introducción al estudio de la comunicación. Editorial Norma

García-Vera, E. M., Robles-Rodríguez, A., Villegas-Bernabé, M., Figueroa-García, J., & Mota-Cumpean, A. E. (2016). La comunicación médico paciente ¿reto para el paciente geriátrico o para el médico familiar? *Atención Familiar*, 23(2): 63-66.

González, R., & Hornauer-Hughes, A. (2014). Afasia: una perspectiva clínica. *Revista Hospital Clínico Universidad de Chile*, 25: 291-308. https://www.researchgate.net/publication/318659697_Afasia_una_perspectiva_clinica

Instituto Nacional de Estadísticas, Santiago, Chile (2020). Adultos mayores en Chile: ¿Cuántos hay? ¿Dónde viven? y ¿En qué trabajan? <https://www.ine.cl/prensa/2020/04/15/adultos-mayores-en-chile-cuántos-hay-dónde-viven-y-en-qué-trabajan>

Jiménez Navascués, L. & Hajar Ordovas, C.A. (2007). Los ancianos y las alteraciones visuales como factor de riesgo para su independencia. *Gerokomos*, 18(1), 16-23. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2007000100003&lng=es&tlng=es

Lasswell, H.D. (1948). The structure and function of communication in society. Harper & Bros
Leiva, A. M., Troncoso-Pantoja, C., Martínez-Sanguinetti, M. A., Nazar, G., Concha-Cisternas, Y., Martorell, M., Ramírez-Alarcón, K., Petermann-Rocha, F., Cigarroa, I., Díaz, X., & Celis-Morales, C. (2020). Personas mayores en Chile: el nuevo desafío social, económico y sanitario del Siglo XXI. *Revista Médica de Chile*, 148(6), 799-809. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v148n6/0717-6163-rmc-148-06-0799.pdf>



Ministerio de Salud. Plan nacional de demencias, Santiago, Chile (2017) <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/11/PLAN-DE-DEMENCIA.pdf>

Moore, P., Gómez, G., Kurtz, S. & Vargas, A. (2010). La comunicación médico paciente: ¿Cuáles son las habilidades efectivas? *Revista Médica de Chile*, 138(8): 1047-1054. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v138n8/art16.pdf>

Naderifar, M., Goli, H., & Ghaljaie F. (2017). Snowball sampling: a purposeful method of sampling in qualitative research. *Strides in Development of Medical Education Journal*, 14(3), e67670.

Olivares-Tirado, P. (2020). Deterioro cognitivo y trastornos metabólicos en adultos mayores. Superintendencia de Salud, Departamento de Estudios y Desarrollo https://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/articles-19659_recurso_1.pdf

Organización Mundial de la Salud (2015). Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. <https://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/es/>

Organización Mundial de la Salud. Asamblea Mundial de la Salud (2016). Acción multisectorial para un envejecimiento saludable basado en el ciclo de vida: proyecto de estrategia y plan de acción mundiales sobre el envejecimiento y la salud: Informe de la Secretaría (No. A69/17). <https://apps.who.int/iris/handle/10665/253025>

Rizo, M. (2011). Reseña de teoría de la comunicación humana de Paul Watzlawick. *Razón y Palabra*, 75. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=1995/199518706028>

Roter, D. L. (2001). La comunicación con los adultos mayores en el contexto médico. *Revista española de geriatría y gerontología: Organó oficial de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología*, 36(3), 16-17. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=64214>

Santiago, G. S. & Gárate, P.R. (2016). Epidemiología, rehabilitación y pronóstico de las afasias. *Revista Herediana de Rehabilitación*, 1, 11-20. <https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RHR/article/view/2891>

Shannon, C. & Weaver, W. (1949). *The Mathematical Theory of Communication*. University of Illinois Press.

Smith, L. S. (2018). Competencia cultural: guía para la enfermera docente. *Nursing*, 35(3), 56-59. <https://www.elsevier.es/es-revista-nursing-20-articulo-competencia-cultural-guia-enfermera-docente-S0212538218300797>

Vázquez, M. C. (2018). Pérdida visual y auditiva y su posible asociación con la función cognitiva en el adulto mayor [Tesis Doctoral Programa en Ciencias de la Visión] Santiago de Compostela (España): Universidad de Santiago de Compostela. <http://hdl.handle.net/10347/16664>

Veliz M, Riffo B, Arancibia B. El envejecimiento cognitivo y el procesamiento del lenguaje: Temas relevantes. *RLA. Rev. de lingüística Teor. y Apl.* [Internet]. 2010 [citado 12 feb 2021]; 48 (1), 75-103. Disponible en https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48832010000100005&lng=en&nrm=iso&tlng=en



Villalobos, D. P. (2017). Envejecimiento y cuidados a largo plazo en Chile: desafíos en el contexto de la OCDE. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 41, e86. <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2017.v41/e86>

Yorkston, K. M., Bourgeois, M. S. & Baylor, C. R. (2010). Communication and Aging. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics*, 21(2), 309-319. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20494279/>

Cómo citar:

Carrasco Garcia, M.A., Neira-Mellado, C. P. & Neira Mellado, R. (2023). Barreras en la Geronto Comunicación detectadas por Profesionales de la Salud. *Revista Internacional de Ciencias Sociales*, 2(2). <https://doi.org/10.57188/RICSO.2023.010>

La investigación y la responsabilidad social son los valores de la

