Universidad Nacional de Mar del Plata - Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

Repositorio Kimelü **http://kimelu.mdp.edu.ar/**

Licenciatura en Terapia Ocupacional Tesis de Terapia Ocupacional

2018

Comunicación efectiva respecto de la cultura de buen trato hacia las personas mayores

Bragagnolo Abba, J. M. Luz

Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

http://200.0.183.227:8080/xmlui/handle/123456789/281

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA

Tesis de grado:

"Comunicación efectiva respecto de la cultura de buen trato hacia las personas mayores"

Bragagnolo Abba, J. M. Luz

Pezzino, Antonella

Mar del Plata - Buenos Aires - Argentina

Año 2018

DIRECTORA:

Lic. en Terapia Ocupacional Bastida, Maribel

AUTORAS:

Bragagnolo Abba, J. M. Luz

DNI 35.563.406

Pezzino, Antonella

DNI 38.155.266

INDICE

Agradecimientos……7

Introducción……...10

Estado actual de la cuestión……...….....13

Referencias bibliográficas del estado actual de la cuestión……15

Marco teórico

Capítulo 1: Vejez

Modelos y paradigmas acerca de la vejez……...17

Paradigma de persona mayor como sujeto de derecho……18

Vejez y envejecimiento……....20

Representación social de la vejez……23

Situación demográfica y envejecimiento poblacional……....25

Referencias bibliográficas del capítulo 1……..28

Capítulo 2: Terapia Ocupacional en Gerontología

Definición de Terapia Ocupacional……...30

Desarrollo profesional de la Terapia Ocupacional……30

Terapia Ocupacional en Gerontología……..34

Ámbitos de abordaje de Terapia Ocupacional en gerontología……...36

Referencias bibliográficas del capítulo 2…….…40

Capítulo 3: Cultura de Buen Trato

Políticas de buen trato hacia las personas mayores……..42

Cultura de buen trato hacia las personas mayores……....47

Referencias bibliográficas del capítulo 3…….…..51

Capítulo 4: Comunicación efectiva

Comunicación…….....53

Tipos de comunicación…….....53

Comunicación en salud…….....55

Comunicación en la vejez…….....56

Comunicación efectiva en la vejez…….....59

Elementos básicos de la comunicación efectiva…….....60

Referencias bibliográficas del capítulo 4……..67

Aspectos metodológicos

Tema de investigación…….....70

Problema de investigación…….……70

Objetivo general……...70

Objetivos específicos…….....70

Definición de la variable……..…71

Definición conceptual…….....71

Definición operacional……..72

Enfoque, diseño y tipo de estudio……..74

Muestra……..75

Unidad de análisis……....76

Técnica de selección de la muestra……..……...76

Criterios de inclusión…….....76

Método de recolección de datos……77

Procedimiento……..……77

Instrumento……...……78

Técnica de análisis de datos……..…....79

Referencias bibliográficas de los aspectos metodológicos…….....80

Presentación, análisis e interpretación de los datos

Consideraciones generales de la presentación y análisis de datos……..……..82

Información general de la muestra……..……..82

Funciones y/o incumbencias del Terapista Ocupacional que se desempeña en el área gerontológica……....85

Comunicación efectiva……....88

Análisis de los datos anteriormente mencionados según el primer objetivo específico…….....100

Análisis de los datos anteriormente mencionados según el segundo objetivo específico……..104

Influencia de las características de la personas mayores en la comunicación……...107

Cómo se comunica el profesional con la persona mayor……114

Análisis de los datos anteriormente mencionados según el tercer objetivo específico……..127

Comunicación y buen trato……...131

En qué contexto se comunica el profesional……133

Estrategias comunicativas en gerontología……...135

Análisis de los datos anteriormente mencionados según el cuarto objetivo específico……..138

Acerca de la cultura de buen trato hacia las personas mayores……..…140

Conclusiones…….....145

Sugerencias……....151

Anexo 1: Carta de presentación y consentimiento informado…….……153

Anexo 2: instrumento de recolección de datos……....155

AGRADECIMIENTOS GENERALES

Agradecemos a todas las personas, profesionales de Terapia Ocupacional o no, que fueron parte de este proceso, aportando su granito de arena para que nosotras podamos llevar a cabo nuestro sueño de ser Lic. en Terapia Ocupacional.

Pero principalmente todo nuestro agradecimiento es para Maribel, por aceptar ser nuestra directora, por guiarnos, acompañarnos, por abrirnos las puertas de su casa y de su cabeza, por tenernos paciencia y aguantar nuestra ansiedad, por ser la mejor directora que podríamos haber encontrado. No nos van a alcanzar nunca las gracias a vos y a tu familia por ser tan acogedores con nosotras y acompañarnos en este proceso.

¡¡Lo logramos!! Las tres, porque esta tesis también es tuya.

AGRADECIMIENTOS PERSONALES

En este largo camino recorrido son muchas las personas que me acompañaron. En primer lugar quiero agradecer a mi mamá y a mi papá que hicieron todo lo posible para ayudarme a cumplir mi sueño. A mis hermanos que siempre confiaron y me motivaron para continuar en este camino. Y también agradecerles a mis cuñadas, por su apoyo constante en todos estos años.

A mi novio, mi compañero de estos años, que estuvo siempre conmigo, me brindó paciencia y creyó siempre en mí.

Y por último, a Anto mi compañera de tesis que entre risas, mates, charlas, alegrías y tristezas, hizo que este último tramo sea mucho más llevadero. Gracias por haberme elegido para esta etapa. "La felicidad solo es real cuando es compartida" y yo estoy orgullosa de este equipo.

Luz

Si de algo he estado segura casi toda mi vida es de estudiar Terapia Ocupacional, y eso surgió gracias a mi madre que un día me presentó esta maravillosa profesión.

Gracias a mis padres por hacer de mí la persona que soy y que espero se vea reflejado en la profesional que quiero ser. Y obviamente a toda mi familia por estar siempre. Pero sobre todo a mis tíos por prestarme desinteresadamente el departamento, mi hogar de todos estos años en Mar del Plata.

A mis amigas, las de Pigüé y las que me dio la carrera, principalmente por escucharme, que eso ya es un montón ¡las quiero!

A Ulises, por confiar en mí siempre, aguantar mis crisis y sobre todo por todo el amor a pesar de la distancia, porque nunca me sentí tan acompañada estando lejos.

Un agradecimiento enorme a todos aquellos profesionales, no sólo de Terapia Ocupacional, que cruce en este camino de aprendizaje y que dejaron en mí una huella, por contribuir con sus conocimientos a mi desarrollo profesional desinteresadamente.

Y por último, pero no menos importante, a Luz, mi compañera, que se animó a transitar esta última etapa conmigo. Por los mates, los festejos y las peleas, por todo este largo camino compartido, para finalmente poder decir "somos Lic. en Terapia Ocupacional, colega".

Antonella

INTRODUCCIÓN

Tanto el envejecimiento poblacional como el aumento de la esperanza de vida a nivel mundial suponen la existencia de una gran parte de la población a la cual considerar persona mayor. Por este motivo, si bien en este último período se fueron llevando a cabo acciones al respecto, es importante seguir generando proyectos sobre este grupo etario, principalmente en cuanto al ámbito de la salud.

Es sabido que desde hace varios años se comenzó a realizar un cambio notable en la concepción de la vejez, generando socialmente una mirada más tendiente al positivismo. Sin embargo aún hoy en día, en medio de la vorágine del cambio paradigmático, siguen vigentes algunas visiones estereotipadas de las personas mayores. Se asocia esta etapa a pérdidas, enfermedades y declinamiento de las capacidades intelectuales y laborales. Si esta concepción se diluyera, y colectivamente existiera una única visión, más positiva de la vejez, aceptando los cambios y duelos, al igual que el resto de las etapas, se podría pensar en un envejecer saludable que permita la creación de nuevos proyectos de vida.

Toda cultura crea nociones, expectativas, creencias y prejuicios sobre las etapas de la vida, la vejez no es una excepción. Los prejuicios acerca de la vejez y el envejecimiento son incorporados por la población en general. Pero estas concepciones también atraviesan a las mismas personas mayores, e inclusive pueden ser tan marcadas que logran incidir en sus actitudes acerca de la creencia de sus propias capacidades, expectativas y en el reconocimiento de su propia autonomía, generando el desempoderamiento.

A partir de esto surge un nuevo paradigma en el cual se pondera a las personas mayores como sujetos de derechos, priorizando el empoderamiento y la participación social, para que estas mejoren su autonomía y calidad de vida. Junto con esto se comienzan a desarrollar políticas que promocionen la llamada "cultura de buen trato hacia las personas mayores". Ambas son cuestiones muy novedosas, y es de gran importancia que se hable del tema, tanto con las mismas personas mayores como con los profesionales que puedan llegar a trabajar con esta población. El buen trato a grandes rasgos implica el reconocimiento y la valoración del otro en forma mutua; y dentro de sus variables se consideró para esta investigación la de comunicación efectiva.

Una característica común a todos los seres humanos es la capacidad de procesar activamente la información, es decir, de comunicarse de forma cotidiana con los otros. En el ámbito de salud esto no es la excepción, ya que la comunicación es una herramienta fundamental de trabajo para llevar a cabo el abordaje de la persona que requiere de este servicio, de forma adecuada y eficaz. Para que esto sea posible es importante que los profesionales ofrezcan una interacción empática, con respeto y basada en el buen trato, y mejorar así el vínculo con el paciente/usuario/cliente.

Como con toda población que atiende el profesional de salud, para lograr la efectividad de la comunicación debe tener en cuenta determinadas consideraciones acordes a las características de cada grupo etario. En este caso, en las personas mayores existen características físicas/biológicas, cognitivas, psicológicas/emocionales y sociológicas, que pueden favorecer o interferir en la comunicación. Esto sumado a las particularidades del medio

ambiente y del interlocutor, pueden permitir o no que la comunicación sea efectiva.

Desde Terapia Ocupacional, como disciplina de salud, es importante tener en cuenta la efectividad de la comunicación, por lo cual desde esta investigación se buscó indagar acerca del conocimiento que poseen los profesionales que se desempeñan en el área de gerontología acerca de la comunicación efectiva desde la cultura de buen trato; por ser una temática muy nueva, de la cual no existe mucha información respectiva que aporte al desarrollo de los profesionales de Terapia Ocupacional.

El objetivo es realizar un aporte para que surjan nuevos análisis acerca de esta temática, y así contribuir a la percepción que tienen los profesionales de Terapia Ocupacional acerca de la vejez. Con el fin de analizar el propio hacer profesional en pos de mejorarlo y seguir generando las herramientas necesarias para tener una comunicación efectiva con las personas mayores desde una concepción de buenos tratos.

ESTADO ACTUAL DE LA CUESTION

Al realizar una extensa búsqueda de la variable comunicación efectiva desde la cultura de buen trato no se hallaron aportes relacionados a la temática de la investigación. La búsqueda fue realizada en la Biblioteca Central de la UNMdP, la Biblioteca de la Facultad de Psicología de la UNMdP, la biblioteca del Centro Médico de Mar del Plata, en diferentes páginas de investigación de internet como Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe (REDALyC), Scientific Electronic Library (SciELO), OT seeker, entre otras.

Es por este motivo que se amplió la búsqueda hacia campos relacionados a otras disciplinas, e inclusive se indagó acerca de la comunicación en los profesionales de salud, buen trato y derechos de las personas mayores. Encontrando también dificultades, ya que la mayor existencia de textos relacionados son artículos de divulgación científica y no investigaciones.

La única investigación hallada que se considera lo más cercano y pertinente a la temática se denomina "Creación de la Escala sobre Habilidades de la Comunicación en Profesionales de la Salud, EHC–PS" de César Leal Costa, Sonia Tirado González, Carlos J. Van Der Hofstadt Román y Jesús Rodríguez Marín, publicado en la revista Anales de psicología, en enero de 2016. El objetivo general fue mostrar las fases de la construcción de la Escala sobre Habilidades de Comunicación en Profesionales de la Salud. La investigación está planteada en dos fases, por un lado, en la fase I se lleva a cabo una delimitación conceptual del constructo a evaluar "Habilidades de comunicación en los profesionales de la salud" y las relaciones entre los

subconstructos o componentes: comunicación informativa, escucha activa, empatía, respeto, autenticidad o congruencia y asertividad o conducta socialmente habilidosa. En esta fase participaron 29 expertos en comunicación en salud que debían valorar en un formulario electrónico, indicando del 1 al 10 la adecuación y relevancia del constructo principal y de los subconstructos. La medida media en la adecuación fue de 8 puntos y en relevancia fue de 9.

En la fase II se realiza la construcción de los ítems de la escala y un análisis cualitativo de los mismos bajo juicio de expertos para validar el contenido. Aquí la muestra se redujo a 27 participantes. El instrumento también fue un cuestionario electrónico, pero debían valorar la adecuación de los ítems y la pertinencia de los mismos. Los resultados obtenidos muestran que los expertos valoraron positivamente la definición realizada del constructo, así como los ítems creados a partir de dicha definición, que se modificaron y eliminaron según los resultados. Concluyen destacando que esta escala resulta un instrumento válido y fiable, que puede ser utilizado teniendo en cuenta el propósito y contexto de otras investigaciones.

Este artículo de investigación seleccionado es el único encontrado hasta el día de la fecha que permite realizar un aporte aproximado al objetivo principal de esta investigación. Si bien no incluye dentro de sus variables el buen trato, es una investigación acerca de la creación de una escala que pueda medir la comunicación de los profesionales de salud, tal como se buscó hacer en esta investigación con la comunicación efectiva respecto de la cultura de buen trato con las profesionales de Terapia Ocupacional que se desempeñan en el área gerontológica.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS DEL ESTADO ACTUAL

Leal Costa, C., Tirado González, S., Van Der Hofstadt Román, C.J. y Rodríguez Marín, J. (2016). Creación de la Escala sobre Habilidades de Comunicación en Profesionales de la Salud, EHC-PS. *Anales de psicología*, *32*(1), 49-59. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-97282016000100006

MARCO TEORICO

CAPITULO 1: VEJEZ

Modelos y paradigmas acerca de la vejez

Existen diferentes concepciones acerca del envejecimiento que se fueron construyendo a lo largo de los distintos momentos históricos con sus improntas socioculturales. Las diferentes teorías biológicas, psicológicas y sociales buscan dar una explicación a este proceso, aunque ninguna de ellas por separado pueda dar una respuesta exacta a este fenómeno multidimensional (Fassio & Roqué, 2012).

El modelo tradicional y biologicista presenta una visión negativa de la vejez, donde el envejecimiento es considerado un proceso de cambios ligados a las pérdidas, que es universal, progresivo, irreversible y degenerativo. (Triado & Villar, 1997). El principal modelo es el propuesto por Guilléron (1980), en el cual el envejecimiento es considerado un declive progresivo hasta llegar a la muerte del individuo, y expone el "Modelo de ciclo vital en U invertida" (Triado & Villar, 1997). Este paradigma fue el predominante hasta la década del 70, generando fuertes prejuicios en la representación social de la vejez.

A partir de la aparición de los modelos psicosociales, se comienza a cuestionar este esquema negativo de la vejez. Dentro de sus principales autores podemos encontrar las teorías de Erikson, Baltes, Thomae, Schaie y Nesselroade, en las cuales todos concuerdan en que la vejez es una etapa más del ciclo vital. Y consideran el envejecimiento como un proceso complejo y multidimensional, que está atravesado por sucesos histórico sociales y no solamente vinculado a factores relacionados a la edad (Triadó & Villar, 1997).

Por otro lado, autores como Havinghurst y Baltes, comienzan a postular la teoría de la actividad y del envejecimiento activo. Refiriéndose a la adaptación del proceso de cambio que implica el envejecimiento, a través de minimizar las pérdidas y resaltar aspectos positivos de la vejez, modificando sus actividades y roles en base a sus nuevas preferencias (Triadó & Villar, 1997). A partir del año 2002, la Organización Mundial De la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) promueven el concepto de "envejecimiento activo". Destacando, dentro del proceso de envejecimiento, la optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad para favorecer las actividades sociales, económicas, culturales, espirituales y cívicas, con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen. Haciendo hincapié en la importancia de permanecer activo física, mental y socialmente.

Paradigma de persona mayor como sujeto de derecho

Desde inicios de la década de 1990, se comienza a observar un cambio en la perspectiva de análisis del envejecimiento y la situación de las personas mayores, incluyendo la temática de derechos humanos. Este enfoque cuenta con el respaldo de las Naciones Unidas, y plantea la importancia de considerar este grupo, no como un objeto de protección, sino como sujetos poseedores de derechos (Huenchán, 2009).

Tradicionalmente existe una concepción de la vejez como una etapa que presenta determinadas carencias. Citando a Huenchán (2011) estas son de tipo "económicas, físicas y sociales, las primeras expresadas en problemas de

ingresos, las segundas en falta de autonomía y las terceras en ausencia de roles sociales que desempeñar" (p.4). Por lo cual, el enfoque de derechos implica un cambio en pos del empoderamiento de las personas mayores y de una sociedad integrada, de modo tal que aquellos grupos sociales que fueron excluidos sean tratados con igualdad y respeto de la dignidad humana (Huenchán, 2011).

Desde esta nueva mirada se propone sensibilizar a la sociedad acerca de los mitos construidos sobre el significado de ser viejo, donde generalmente se visualiza a las personas mayores como objetos de protección y asistencia, institucionalizadas, pasivas, sin fuerza, deserotizadas, resignadas, donde se les asignan roles de abuelos/as y jubilados/as, presuponiendo cuestiones personales que pueden estar muy alejadas de la realidad. Y sobre todo, priorizando el empoderamiento y el fortalecimiento de la autoestima y la participación social para que las personas mayores mejoren su autonomía y calidad de vida.

En gerontología, el derecho se incorporó hace aproximadamente 30 años a través de la Resolución de la Asamblea Mundial de Naciones Unidas sobre el Envejecimiento en Viena en 1982 (Davove, 2016). Sin embargo, en los últimos años, los derechos de las personas mayores fueron cobrando importancia para los gobiernos de los diferentes países del mundo, traduciendo esta preocupación en la creación de marcos legales de protección de los mismos, en pos de avanzar hacia una sociedad más cohesionada, democrática e incluyente. Dentro de estos avances, se destaca la promulgación de leyes que protegen y regulan aspectos básicos, como los derechos a la asociación, a la

no discriminación y a la seguridad personal de las personas mayores (Huenchán, 2009).

El 15 de junio del 2015 se dio un gran paso en cuanto a generar un marco legal a este nuevo paradigma, ya que la Organización de los Estados Americanos (OEA) aprobó la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, convirtiendo al continente americano en la primer región del mundo en aprobar un instrumento jurídico para promover y proteger los derechos y las libertades de este grupo. El objetivo de la Convención (2015) es "promover, proteger y asegurar el reconocimiento y el pleno goce del ejercicio, en condiciones de igualdad, de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas mayores, a fin de contribuir a su plena inclusión, integración y participación en la sociedad" (p. 3). Este instrumento ofrece definiciones comunes para conceptualizar y poner en práctica los derechos humanos reconocidos internacionalmente en un contexto de envejecimiento poblacional.

La toma de conciencia es un elemento central para llevar esto a la práctica, pero con el objetivo de ir más allá de la sensibilización, es decir, buscar una conexión emocional con las responsabilidades que surgen de este tema. Para promover esta toma de conciencia es fundamental adoptar la estrategia de capacitación, ya que los derechos humanos son respetados en la medida en que son conocidos, y son conocidos en la medida en que son enseñados (CEPAL – CELADE, 2016).

Vejez y envejecimiento

A través de la historia y las culturas, tanto el término de vejez como el de envejecimiento estuvieron cargados de sentidos, generando inquietudes, sentimientos y opiniones de todo tipo (Parales & Dulcey-Ruiz, 2002). Por ello es importante comprender que no existe un único proceso de envejecimiento, ya que cada cultura produce su propia forma de envejecer y dentro de cada una de ellas cada persona es producto de su propia historia personal y generacional.

Si bien es sabido que este proceso conlleva cambios de naturaleza físico-biológica (cambios en la apariencia externa, descensos en el rendimiento funcional de las diferentes estructuras biológicas, mayor vulnerabilidad a la enfermedad y la muerte, etc.), psicológica (duelos, cambios en las funciones cognitivas, etc.) y social (jubilación, nuevos roles, mayor probabilidad de la pérdida de la pareja y/o amistades, etc.), que son relativamente constantes y en cierto punto están relacionados con la edad cronológica; el mismo no es lineal y puede variar de un individuo a otro, ya que está influido por las características particulares de cada persona (Iacub & Sabatini, 2012).

Según la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (2015), el envejecimiento es definido como: "Proceso gradual que se desarrolla durante el curso de vida y que conlleva cambios biológicos, fisiológicos, psico-sociales y funcionales de variadas consecuencias, las cuales se asocian con interacciones dinámicas y permanentes entre el sujeto y su medio" (p.4).

La vejez, a diferencia del envejecimiento, es una etapa del ciclo vital, la última para ser exactos, y no es universal, sino que es construida socialmente en una cultura y momento histórico dado. Por lo tanto existe una definición cronológica de la vejez, determinada por la edad, y una construcción social de la misma.

Si bien la edad es la variable por excelencia para definir el inicio de la vejez, la creciente heterogeneidad y complejidad del curso de la vida humana nos refleja que hay que tener en cuenta que no existe un solo tipo de edad y que todas dependen de cada sociedad. La edad cronológica considera el inicio de la tercera edad en años (generalmente 60 o 65 años, según el país). La edad fisiológica refiere al proceso de envejecimiento físico y al funcionamiento orgánico. La edad psíquica es la significación de los años que le otorga cada individuo a su propia vejez. Y por último, la edad social que se construye en cada cultura con respecto a los roles designados para las personas mayores (Huenchán, 2011).

Por eso, para poder determinar cuándo una persona comienza a considerarse persona mayor, o en qué momento ingresa en la etapa de la vejez, hay que considerar el contexto y la esperanza de vida de cada país. Si bien la edad no es un factor que determine a ciencia cierta el estado de salud y funcionalidad de las personas al comenzar a envejecer, termina siendo la variable decisiva para indicar el paso hacia la tercera edad en la mayoría de las culturas. Algunas sociedades suelen determinar que es a partir de los 60 o 65 años que comienza la vejez, en concordancia con el inicio de la jubilación.

En general, aquellos países denominados "en vías de desarrollo" tienden a identificar el comienzo a los 60 años de edad, mientras que los países desarrollados la ubican a partir de los 65 (Iacub &Sabatini, 2012). En el caso de Argentina adhiere a lo estipulado en el Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento de 1982, en el cual se establece que el comienzo de la vejez es a los 60 años (INADI, 2016).

Representación social de la vejez

Gastron (2003) cita a Moscovici, y define la representación social como "un conjunto de conceptos, preposiciones y explicaciones que se originaron en la vida cotidiana, en el curso de las comunicaciones interpersonales" (p.180). La cual permite comprender y explicar cómo surge un conocimiento colectivo y social, que le atribuye a determinado grupo funciones, roles y comportamientos, que luego los mismos sujetos de ese grupo terminan adjudicándose como propios.

Los estereotipos revelan desconocimiento, implican creencias con relación a un grupo social determinado, de carácter negativo o positivo, se construyen a partir de una generalización que no posee correlato en la realidad, y asumen como iguales a todas las personas pertenecientes a un grupo. Los prejuicios, en cambio, suelen exteriorizar sentimientos de hostilidad que infunden un peso emocional negativo y nocivo hacia el grupo en cuestión (INADI, 2016).

La vejez es una construcción histórica y sociocultural, la cual puede ser definida según los significados que le atribuya cada sociedad. A lo largo de la historia la consideración y mirada de la vejez fue variando a través de las distintas épocas y culturas. Existieron sociedades en las cuales hubo una valoración positiva de la vejez y se reconocía a las personas mayores como aquellos que garantizaban la transmisión del saber y difundían las experiencias del pasado a las nuevas generaciones. Esto, si bien es una mirada positiva, también puede considerarse un estereotipo, ya que no todos las personas mayores responden a esta premisa.

Sin embargo, hoy en día existen mayormente prejuicios, estereotipos y mitos respecto a la vejez que afectan a las personas mayores como grupo provocando la pérdida de inserción social, la restricción de diversos roles, la disminución de autoestima y la limitación del ejercicio de sus derechos. Todo esto contribuye a que haya una valoración negativa de la vejez, asociando esta etapa a la enfermedad y las pérdidas de autonomía, productividad, independencia económica, del cuerpo joven y estético, entre otras carencias.

> La sociedad establece modelos, nociones y expectativas de roles para cada etapa del ciclo vital. En el caso de las personas adultas mayores los roles y estatus que les son impuestos no dan cuenta de las capacidades y actividades que desarrollan quienes transitan esta etapa; se considera erróneamente que las personas adultas mayores han perdido la posición profesional, la responsabilidad familiar y la participación en diferentes ámbitos sociales, desempeñando un rol más pasivo que en las etapas anteriores. (INADI, 2016, p.34)

Estos discursos sociales negativos son la base de las prácticas discriminatorias. La discriminación por edad, denominada edadismo, es la tercer causa de discriminación, luego del racismo y el sexismo (INADI, 2016).

Las creencias y expectativas que la sociedad tiene del proceso de envejecimiento y de la vejez influyen en la concepción que las personas mayores tienen sobre sí mismas, asumiendo conductas acordes a estos estereotipos y hasta presentan una mirada discriminatoria hacia su propio grupo de pertenencia. Si estas creencias se modificaran probablemente las personas podrían centrarse en sus potencialidades y no en las limitaciones que se consideran propias de la edad y al tener un incremento en la motivación y mayor productividad se generaría una mejor calidad de vida durante el envejecimiento.

En aquellas sociedades donde se sobrevaloran la productividad, el consumo y la juventud, es posible pensar que la discriminación hacia las personas mayores está relacionada con la negación y el rechazo que genera reconocer el propio envejecimiento, el deterioro y la muerte.

Situación demográfica y envejecimiento poblacional

El envejecimiento poblacional es un hecho que se viene desarrollado hace varios años a nivel mundial, y se encuentra relacionado con los cambios que se producen en la estructura por edad de la población. Un país se considera envejecido cuando al menos el 7% del total de la población son personas de 60 años o más. Este proceso es dinámico y reversible, ya que los

factores que determinan el envejecimiento o rejuvenecimiento de la población pueden ir cambiando a lo largo de los años.

Estos cambios estructurales de la población pueden estar dados por varios factores económicos y sociales. Sin embargo, desde el punto de vista demográfico tres son las principales causas: el descenso de la fecundidad, el descenso de la mortalidad y aumento de la esperanza de vida al nacer. A este cambio se lo denomina transición demográfica, y se puede definir como:

> El proceso durante el cual se pasa de una dinámica de bajo crecimiento de la población, con altos niveles de mortalidad y fecundidad, a otra también de bajo crecimiento, pero con mortalidad y fecundidad reducidas; en el estadio intermedio se observan elevadas tasas de aumento de la población como resultado del desfase entre los inicios del descenso de la mortalidad y de la fecundidad. (CEPAL-CELADE, 2008, p.10).

Argentina es uno de los países de Latinoamérica que cuenta con mayor número de personas mayores. Según el Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas (INDEC, 2010) el número de personas mayores de 60 años representa un 10,2% de la población general, cuando en el 2001 era de 9,9%; y la esperanza de vida al nacer también aumentó, de 73,8 años en 2001 a 75,2 en 2010. Dados estos datos se puede decir que la población argentina es una población envejecida y no hay factores que indiquen que vaya a haber un cambio respecto a esto.

El envejecimiento poblacional constante requiere planificación para anticipar la demanda y utilización de los servicios, generando profundas modificaciones

en las estructuras sociales, económicas y culturales de los países. Sobre todo en cuanto a los sistemas de salud, ya que ciertas características del proceso salud - enfermedad de las personas mayores determinan que en este grupo exista mayor riesgo de deterioro funcional que puede llevar a discapacidad y dependencia, por lo cual es importante dar respuesta a esta población para generar una mejor calidad de vida.

Dentro de los servicios de salud pertinentes que requiere esta población, en conjunto con otras disciplinas, la Terapia Ocupacional realiza un aporte al abordaje integral cuyo objetivo es generar, entre otros, la promoción de un envejecimiento saludable buscando la mayor autonomía posible de las personas mayores.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS DEL CAPITULO 1

CEPAL-CELADE. (2008). *Transformaciones demográficas y su Influencia en el desarrollo en América Latina y el Caribe.*

CEPAL-CELADE. (2016). *Envejecimiento y desarrollo en América Latina y el Caribe* (boletín 13), p 6-9. Recuperado de http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/39876/S1600143_es.pdf;jsessionid=9DB1A389A1D363C40AC98CA654458E64?sequence=1

Fassio, A. & Roqué, M. (2012). *Gerontología comunitaria e institucional.* Material de estudio de la Especialización en Gerontología Comunitaria e Institucional (módulo 2). Mar del Plata: Ministerio de Desarrollo Social.

Gastron, L. (2003). Una mirada de género en las representaciones sociales de la vejez. *La aljaba, 8,* 177-192.

Huenchan, S. (Ed.). (2009). *Envejecimiento, derechos humanos y políticas públicas*. Santiago de Chile: CEPAL – CELADE.

Huenchan, S. (2011). *Hacia un cambio de paradigma sobre el envejecimiento y la vejez.* Material de estudio y divulgación: los derechos de las personas mayores (módulo 1). CEPAL - CELADE

Iacub, R. & Sabatini, B. (2012). *Psicología de la mediana edad y vejez.* Material de estudio de la Especialización en Gerontología Comunitaria e Institucional (módulo 3). Mar del Plata: Ministerio de Desarrollo Social.

INADI. (2016). *Discriminación por edad: vejez, estereotipos y prejuicios.* Recuperado de http://www.inadi.gob.ar/biblioteca/wp-content/uploads/2017/06/Discriminacion-por-Edad-Vejez-Estereotipos-y-Prejuicios-FINAL.pdf

INDEC. (2010). Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas (serie B nº2). Recuperado de http://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/poblacion/censo2010_tomo1.pdf

OEA. (2015). *Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores.* Washington D.C.

Triadó, C. & Villar, F. (1997). Modelos de envejecimiento y percepción de cambios en una muestra de personas mayores. *Anuario de Psicología* (73), 43-55.

CAPITULO 2: TERAPIA OCUPACIONAL EN GERONTOLOGIA

Definición de Terapia Ocupacional

Según la Asociación Colombiana de Terapia Ocupacional (ACTO), la Terapia Ocupacional se define como:

> Disciplina de la ocupación humana, a partir del método científico, que se dirige al estudio, análisis y esclarecimiento de la naturaleza ocupacional del hombre, a fin de lograr el bienestar y calidad de vida del individuo a lo largo de la vida para que actúe adaptativamente en un rango de conducta que le permitan establecer un balance con el trabajo, auto cuidado, actividades de ocio y tiempo libre y responder en término de identidad y aprendizaje a las necesidades individuales dentro del entorno social-ecológico-cultural. (Asociación Colombiana de Terapia Ocupacional, 1994).

El profesional de Terapia Ocupacional tiene como objetivo promover el desempeño ocupacional del paciente/cliente/usuario a través de la evaluación, modulación y aplicación de actividades seleccionadas de acuerdo con las dificultades, necesidades, potencialidad, historia de vida, condición sociocultural y proyectos futuros de la persona que requiere de este servicio sociosanitario (Santos del Riego, 2005).

Desarrollo profesional de la Terapia Ocupacional

Hawes Barrios & Corvalán Vásquez (2005) definen el perfil profesional como un “conjunto de rasgos y capacidades, certificadas apropiadamente por quien tiene la competencia jurídica para ello, que permiten que alguien sea

reconocido por la sociedad como tal profesional, pudiéndosele encomendar tareas para la que se supone capacitado y competente" (p.13). Quien tiene la tarea de llevar a cabo esto es la universidad, como entidad que otorga la formación al profesional para que una vez egresado concuerde con el perfil profesional básico. Este concepto implica que el recién graduado está calificado para desempeñarse en las competencias centrales de la profesión de forma eficaz y razonable, cumpliendo tareas típicas de la misma (Hawes Barrios & Corvalán Vásquez, 2005). Diferente del perfil que presenta un profesional experto, que ha desempeñado su quehacer durante un tiempo razonable y al cual la experiencia le brinda diversas herramientas a utilizar en su desempeño laboral con las que probablemente no cuente el recién graduado.

Sin embargo, las universidades no pueden preparar profesionales de una vez y para siempre, sino que ayudan a los estudiantes a desarrollar competencias correspondientes al perfil básico, las cuales luego se deben ir perfeccionando a lo largo del desempeño profesional. Es por este motivo que el perfil irá variando en función de la respuesta de cada profesional a los desafíos que se le presenten en la práctica cotidiana.

El perfil profesional es el resultado de la suma de:

- Los dominios del desempeño, que debe manejar el profesional egresado y que lo caracteriza como tal.
- Las competencias, es decir, las capacidades y tareas esenciales que incluyen el desempeño profesional.

- Los contextos de desempeño, con sus respectivas caracteriscticas y los recursos asociados a cada uno.

El dominio de una profesión implica el conjunto ordenado de acciones y decisiones llevados a cabo en el desempeño típico y propio del profesional sin especialización, y que pueden legítimamente serle demandados a este por la sociedad (Hawes Barrios & Corvalán Vásquez, 2005).

Las competencias se definen como "una combinación de atributos, con respecto al conocimiento y sus aplicaciones, aptitudes, destrezas y responsabilidades que describen el nivel o grado de suficiencia en que una persona es capaz de desempeñarlos" (Hawes Barrios & Corvalán Vásquez, 2005, p18). Una persona que posea una competencia o conjunto de ellas manifiesta cierta capacidad o destreza para desempeñar una tarea.

Según Corvalán Vásquez & Hawes Barrios (2005) a pesar de la diversidad de connotaciones que existe del concepto de competencia hay que tener en cuenta:

> Primero, su definición integra conocimientos, procedimientos y actitudes, en el sentido que el individuo ha de saber, saber hacer y saber estar para saber actuar en forma pertinente. Segundo, las competencias sólo pueden ser definidas en relación a la acción, es decir, a su aplicación en un desempeño profesional especifico en un medio socio-técnico-cultural dado. Tercero, el elemento experiencial es fundamental para su constatación y la evaluación del rendimiento sobre la base de criterios previamente acordados. Cuarto, el contexto llega a ser un elemento clave para su definición (…), una misma competencia puede ser ejercida

en diversa forma dependiendo las condicionantes del contexto en que se aplica. (p.2)

Las competencias pueden dividirse, según Hawes Barrios & Corvalán Vásquez (2005), en áreas:

- Cognitivas: son aquellos conocimientos disciplinarios o generales. Permiten saber comprender, analizar y tratar la información relevante para así relacionar o sintetizar un determinado conocimiento, fenómeno o sistema.
- Procedimentales: permiten saber cómo desempeñarse en situaciones profesionales determinadas.
- Interpersonales: permiten cooperar con otros en función de un objetivo común, saber comportarse en distintas situaciones, participar y comprometerse, así como saber percibir situaciones y ser capaz de captar e interpretar señales de los interlocutores.

Y en función de las competencias requeridas para los diferentes profesionales se pueden dividir en:

- Fundamentales o genéricas: tienen un carácter transversal porque están presentes en la mayor parte de las tareas de diversos tipos de profesiones. Un ejemplo de estas es el manejo de la comunicación.
- Disciplinarias o generales: implican un conjunto estructurado de conocimientos específicamente formateados por cada disciplina o campos de conocimientos. Por ejemplo, el campo de las Ciencias de la Salud (a la cual pertenece la Terapia Ocupacional).

- Específicas o profesionales: son típicas de cada una de las profesiones. Distinguen y caracterizan una profesión determinada, se presentan con niveles explícitos de experticia y corresponden a un contexto específico. Por ejemplo las competencias propias de la Terapia Ocupacional.

Por último, los contextos de desempeño son las determinaciones sociales, culturales, organizacionales, geográfico-espaciales, temporales, etc., en las que el sujeto lleva a cabo la profesión (Hawes Barrios & Corvalán Vásquez, 2005). Los contextos difieren entre sí porque representan diversos aportes y oportunidades para el desarrollo profesional, así como también aquellas posibles limitaciones y dificultades. Por este motivo es importante tenerlos en cuenta, ya que la manera en que estos contextos se visualicen será la forma en que se desempeñen los profesionales, e influirán en el énfasis que estos pongan en desarrollar determinadas competencias propias del dominio de su profesión.

Terapia Ocupacional en gerontología

Una de las ramas de abordaje de la Terapia Ocupacional es la gerontología, la cual estudia la vejez y el proceso de envejecimiento desde el punto de vista biológico, psicológico y social, y todo aquello que contribuye a que las personas vivan por más tiempo. Es un saber interdisciplinario que se nutre de las ciencias biológicas, sociales y psicológicas, ya que el envejecimiento impacta en la vida individual de las personas y en los distintos sectores e instituciones de la sociedad (Fassio & Roqué, 2012).

Las características del proceso de salud – enfermedad de las personas mayores implican que haya mayor riesgo de patologías y deterioro funcional, que a largo plazo pueden generar algún tipo de discapacidad o dependencia (Gajardo, 2011). Es por este motivo que la Terapia Ocupacional es una disciplina que aporta significativamente al trabajo interdisciplinario que se da en gerontología a partir de la construcción en conjunto con las personas mayores para generar estrategias que brinden una mejor calidad de vida, ya sea desde la promoción, prevención y/o rehabilitación de la salud, utilizando siempre como medio la ocupación.

Los cambios debidos a la edad no son enfermedades son pérdidas de función naturales y por lo general las áreas más afectadas suelen ser: la velocidad motora, la velocidad de procesamiento de información y la flexibilidad mental. Es por este motivo que uno de los principales objetivos de la TO en gerontología es la promoción de un envejecimiento saludable que permita vivir una vejez activa y satisfactoria, con salud funcional, donde la persona mayor sea autónoma y tenga bienestar psicosocial, manteniendo la competencia para vivir en su propio hogar y entorno social por el mayor tiempo posible.

Los profesionales de Terapia Ocupacional desempeñan un papel muy importante en el trabajo con las personas mayores, dado que la gerontología es una de las ramas más difundidas de la profesión y de las primeras salidas laborales que tienen los recién graduados. Si bien esta es una realidad que recae sobre todo en los países de Latinoamérica que presentan una población envejecida a la cual deben dar una respuesta, a lo largo de la formación académica de grado se puede observar que no existe capacitación específica para el área de gerontología, por lo menos no en la Universidad Nacional de

Mar del Plata. Aunque sí existen algunas capacitaciones de posgrado en el área para aquellos profesionales graduados que estén interesados en la temática.

Durante la formación académica se inicia la construcción de la identidad profesional que está atravesada por las experiencias y conocimientos previos. Como sujetos insertos dentro de una cultura no se pueden excluir aquellos mitos, prejuicios y valores que son inculcados desde la infancia. Dentro de ellos se incluye la mirada acerca de la vejez, en la cual prevalecen los enfoques negativos. Esta pre concepción de la vejez, sumado a la falta de incorporación de contenidos gerontológicos, terminan generando un actuar profesional influenciado por los prejuicios sobre las personas mayores, donde la vejez queda planteada como exclusivamente un problema de salud, igualada al concepto de enfermedad y/o discapacidad (Portela, 2016).

Esto demuestra la gran falta de información y de formación que tienen los/las Terapeutas Ocupacionales, al igual que muchos profesionales de la salud que trabajan en el área de gerontología. Motivo por el cual, más de una vez, se genera un mal quehacer profesional y malos tratos, aunque sea por negligencia, hacia las personas mayores.

Ámbitos de abordaje de Terapia Ocupacional en gerontología

Todo proceso de intervención desde el área de Terapia Ocupacional va a estar determinado por el campo de abordaje. Según Santos del Riego (2005) estos pueden dividirse en:

Modelos localistas	Rehabilitación Osteo-Muscular Rehabilitación Neurológica y Neuro-Traumatológica Rehabilitación en Salud Mental
Modelos poblacionales	Pediatría Geriatría/Gerontología
Modelos sensoriales	Integración Sómato-Sensorial Rehabilitación de Personas Ciegas o Ambliopes Rehabilitación de Personas con Sordera
Modelos de rehabilitación laboral	Discapacidad y marginación social
Modelos de reinserción social, familiar y educativa	Discapacidad y marginación social
Modelos fundamentados en las nuevas tecnologías informativas y de apoyo a la rehabilitación	Equipamientos adaptados
Otros	

Por otro lado, también es importante tener en cuenta los ámbitos de aplicación del desempeño de Terapia Ocupacional, ya que presentan factores contextuales que pueden influir en la planificación, las técnicas y los métodos utilizados en el abordaje profesional. Siguiendo con lo que propone Santos del Riego (2005), y tomando el campo de la gerontología/geriatría, estos ámbitos se dividen en:

Sanitario	Hospitales Generales Públicos Hospitales de Día Ambulatorios de Especialidades Centros de Atención Primaria Atención domiciliaria Hospitales y Clínicas Privadas Residencias geriátricas Centros gerontológicos Estancias diurnas
Sociosanitario y social	Ayuntamientos/Servicios sociales Centros de día Club de día Talleres privados Organizaciones No Gubernamentales (ONG) Fundaciones y asociaciones
Educativo	Centros de enseñanza Asociaciones Bibliotecas y centros culturales
Docencia y asesoramiento	Innovación, investigación y desarrollo
Otros	

El usuario gerontológico presenta diferentes y cambiantes necesidades, por lo cual, suele requerir de atención de los diferentes niveles. De esta manera son mayores las posibilidades de recibir atención de Terapia Ocupacional, ya

sea de forma individual o integrado en un equipo interdisciplinar. Y según sea el ámbito el objetivo estará dirigido a mejorar la capacidad de las personas mayores para llevar a cabo actividades de la vida diaria, cumplir y desempeñar funciones en el hogar y la comunidad, recuperar, mantener o mejorar la funcionalidad, utilizar ayudas técnicas y/o adaptaciones, fomentar nuevos intereses, prevenir o retrasar patologías, promover el aprendizaje, etc. O una combinación de varios, de acuerdo a las necesidades y prioridades de cada persona mayor en particular.

Sin embargo, algo importante a tener en cuenta en todos los ámbitos es a partir de la concepción de buenos tratos, potenciar las competencias funcionales de la persona mayor, favorecer la integración al entorno físico y social, promover la autonomía y bienestar, manteniendo o mejorando así su calidad de vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS DEL CAPITULO 2

Gajardo, J. (18 de octubre del 2011). Terapia ocupacional en el adulto mayor: el valor de lo cotidiano. *Noticias de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.* Recuperado de http://noticias.med.uchile.cl/2011/octubre/6685-terapia-ocupacional-en-el-adulto-mayor-el-valor-de-lo-cotidiano.html

Fassio, A. & Roqué, M. (2012). *Gerontología comunitaria e institucional.* Material de estudio de la Especialización en Gerontología Comunitaria e Institucional (módulo 2). Mar del Plata: Ministerio de Desarrollo Social.

Portela, A. (2016). Estereotipos negativos sobre la vejez en estudiantes de Terapia Ocupacional. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional, 2*(1), 3-13. Recuperado de http://www.revista.terapia-ocupacional.org.ar/descargas/volumen2/Rev2%20Art1.pdf

Santos del Riego, S. (2005). El ser humano como ser ocupacional. *Revista de la Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física, 39*(5), 195-200.

Corvalán Vásquez, O. & Hawes Barrios, G. (2005). Aplicación del enfoque de competencias en la construcción curricular de la universidad de Talca, Chile. *Revista Iberoamericana de Educación, 40*(1), 1-17.

Hawes Barrios, G. & Corvalán Vásquez, O. (2005). *Construcción de un perfil profesional*. Proyecto Mecesup del Instituto de Investigación y Desarrollo Educacional de la Universidad de Talca. Chile.

CAPITULO 3: CULTURA DE BUEN TRATO

Políticas de buen trato hacia las personas mayores

Para comenzar a desarrollar el concepto de buen trato es fundamental conocer qué importancia se le fue dando a las personas mayores dentro de las políticas desarrolladas por los países a nivel internacional, interamericano y nacional. Un recorrido histórico que se fue dando hasta el día de hoy, para poder contar con herramientas legales que amparen los derechos de las personas mayores y políticas estatales que fomenten el buen trato.

En el año 1948, Argentina es el primer país en el mundo en declarar los "Derechos y el Decálogo de la Ancianidad", incorporados en la Constitución Nacional en 1949. Fue Eva Duarte de Perón, quien viajó a la reunión de la Asamblea General de Naciones Unidas celebrada en Paris, y propuso a los países miembros adoptar este decálogo. Dentro del mismo se incluían los derechos a la asistencia, al alojamiento, al vestido, a la salud física y mental, a la salud moral, a la recreación, al trabajo, a la estabilidad y al respeto (Ministerio de Desarrollo Social, 2013).

Recién en el año 1997, la Organización de las Naciones Unidas (ONU), abordó de forma directa la temática del envejecimiento, poniendo el énfasis en la necesidad de organizar una asamblea mundial sobre las personas mayores (ProNEAS, 2014). Gracias a esto, en 1982, se dio la primera Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento en Viena. De aquí surge el Plan de Acción Internacional sobre Envejecimiento de Viena, en la cual las naciones participantes acordaron que:

> Individual y colectivamente, formularán y aplicarán políticas a los niveles internacional, regional y nacional para realzar la vida de las personas de edad como individuos, a fin de que, espiritual y físicamente, disfruten plena y libremente de sus años avanzados en paz, salud y seguridad; y estudiarán las consecuencias del envejecimiento de la población sobre el desarrollo y las del desarrollo sobre las personas de edad, con miras a lograr la plena realización del potencial de las personas de edad y a mitigar, mediante medidas apropiadas, cualquier efecto negativo. Reafirman solemnemente su convicción de que los derechos fundamentales e inalienables consagrados en la Declaración Universal de Derechos Humanos se aplican plena e íntegramente a las personas de edad. Reconocen solemnemente que la calidad de la vida no es menos importante que la longevidad y que, por consiguiente, las personas de edad deben, en la medida de lo posible, disfrutar en el seno de sus propias familias y comunidades de una vida plena, saludable, segura y satisfactoria y ser estimadas como parte integrante de la sociedad. (ONU, 1982, p.4).

Es a partir de entonces que se comienza a pensar en la persona mayor como un sujeto pleno de derechos y en el hecho de que los gobiernos generen políticas que amparen estos derechos a nivel de cada país. Este plan orientó el pensamiento y la acción sobre el envejecimiento hasta el año 2002. La ONU reconoció la complejidad y rapidez del fenómeno de envejecimiento a nivel mundial y la necesidad de que exista un marco de referencia en común para la protección y la promoción de las personas mayores, en este contexto y sumado a la ocasión de celebrar el vigésimo aniversario de la primera Asamblea

Mundial sobre el Envejecimiento, es que se da la segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento en Madrid en el 2002 (Ministerio de Desarrollo Social, 2013). Su finalidad fue examinar y repensar lo tratado en la primera asamblea, crear una nueva estructura del envejecimiento y transformarla en políticas específicas.

A partir de aquí los países adoptaron dos documentos claves: la Declaración Política y el Plan Internacional sobre Envejecimiento de Madrid. En ambos se demanda a los gobiernos a comprometerse a diseñar y ejecutar medidas y actitudes políticas para enfrentar los nuevos retos que plantea el envejecimiento, con el fin de construir "una sociedad para todas las edades"[1]. A grandes rasgos el objetivo del Plan de Acción Internacional consiste en "garantizar que en todas partes la población pueda envejecer con seguridad y dignidad y que las personas de edad puedan continuar participando en sus respectivas sociedades como ciudadanos con plenos derechos" (ONU, 2002, p.11).

En el año 2003 en Chile, organizada por CELADE-CEPAL, se realizó la Primera Conferencia Regional Intergubernamental sobre el Envejecimiento en América Latina y el Caribe, con el fin de analizar la situación de las personas mayores en los países de la región y delimitar acciones que contribuyan a mejorarla. Se elaboró la Estrategia Regional, en la cual los países miembros de la región propusieron metas y objetivos para llevar adelante y dar cumplimiento al Plan Internacional de Madrid (Ministerio Desarrollo Social, 2013).

[1] Formulado como lema del Año Internacional de las Personas de Edad, que se celebró en 1999.

En Argentina en ese mismo año, dentro de un marco de Políticas Nacionales en defensa de los Derechos Humanos, se retoma con la temática planteada en la ONU, y se destaca la responsabilidad prioritaria del gobierno en promover y prestar los servicios sociales y de salud básicos, teniendo en cuenta las necesidades específicas de las personas mayores (Ministerio Desarrollo Social, 2013). Entre otras, algunas de las medidas adoptadas en esta época por el Ministerio de Desarrollo Social fueron: el aumento de la jubilación mínima para garantizar seguridad económica, el Programa Nacional de Cuidadores Domiciliarios para evitar la institucionalización innecesaria, la formación de profesionales en el ámbito de la gerontología bajo un enfoque comunitario e institucional y basada en el paradigma de los derechos humanos[2], y acciones tendientes a la promoción de los derechos de las personas mayores mediante el programa de Promoción de Buen Trato a las Personas mayores.

La Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación, a través de su Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores, lanzo la Campaña Nacional del Buen Trato hacia las Personas Mayores cuyo principal objetivo es promover el buen trato mediante acciones que propicien la igualdad y la no discriminación por edad, brindando información y capacitación acerca de los derechos de las personas mayores y empoderando a las mismas para el ejercicio pleno de sus derechos. Bajo la consigna "Desafiá tus prejuicios" se promueve una mirada distinta,

[2] Se formó de manera gratuita y federal a 750 profesionales de todas las provincias del país y de diversas disciplinas a través de la Especialización en Gerontología Comunitaria e Institucional llevada a cabo con la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata (Ministerio de Desarrollo Social, 2013).

desprejuiciada y positiva sobre la vejez en todo el país (Ministerio de Desarrollo Social, 2016).

Según lo determinado en el Plan Internacional de Madrid, los gobiernos miembros de Naciones Unidas debían desarrollar planes nacionales de acción con el objetivo de garantizar que en todos los países la población pueda envejecer con seguridad, dignidad, y que se conciba a las personas mayores como ciudadanos plenos de derechos y obligaciones (Ministerio Desarrollo Social, 2013). Debido a que Argentina adhirió a dicho Plan Internacional se visualizó la necesidad de realizar un Plan Gerontológico que comprendiera las principales medidas a generar o a profundizar las que ya se estaban llevando a cabo. Por este motivo el Plan Nacional de Acción para las Personas Mayores fue elaborado mediante un proceso de participación, discusión y consenso en los niveles locales durante el 2011, y puesto en práctica en el 2012. Este instrumento permite coordinar recursos y hacer un seguimiento de las metas propuestas para mejorar la calidad de vida de las personas mayores y garantizar que puedan envejecer seguros, con dignidad, y que puedan continuar participando en sociedad como ciudadanos plenos de derechos (Ministerio Desarrollo Social, 2013).

En el 2011, en la Asamblea General de la ONU, con el fin de recordar y reafirmar la Declaración Política y el Plan Internacional sobre Envejecimiento de Madrid, se decide designar el 15 de junio como el Día Mundial de Toma de Conciencia del Abuso y Maltrato en la Vejez, e invita a los Estados Miembros, las organizaciones de las Naciones Unidas y otras organizaciones internacionales y regionales a que lo observen debidamente (ONU, 2012). Si

bien el énfasis fue dado en la prevención del mal trato, es un comienzo para que luego se empezara a pensar en concientizar sobre el buen trato.

A partir de la Segunda Conferencia Regional Inter gubernamental sobre el Envejecimiento en América Latina y el Caribe organizada por la CELADE-CEPAL en 2007 en Brasilia, se expresó claramente la necesidad de elaborar una convención sobre los derechos de las personas mayores. Debido a que el único instrumento legal que amparaba los derechos de las personas mayores era el artículo 17 del "Protocolo de San Salvador" de la Convención Americana sobre Derechos Humanos de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Ministerio Desarrollo Social, 2013). Pero es recién en el año 2015 que la OEA crea la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores. Se trata de un acuerdo jurídicamente vinculante que implica que los Estados firmantes y ratificantes (predominantemente latinoamericanos) tienen la obligación de disponer recursos para generar políticas que atiendan las problemáticas vinculadas a la vejez y el envejecimiento y mejorar las prácticas o instrumentos existentes en cada país. Además de fomentar una actitud positiva hacia la vejez, un trato digno, respetuoso y considerado hacia la persona mayor e impulsar acciones de divulgación, promoción de los derechos y empoderamiento de las mismas (OEA, 2015).

Cultura de buen trato hacia las personas mayores

Con el surgimiento de este nuevo paradigma de personas mayores como sujetos de derechos y la creación de la Convención Interamericana sobre la

Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, se contribuyó a valorar la diversidad de la vejez y a reconocer que las personas mayores, al igual que el resto de los ciudadanos, tienen derecho a ser tratados con respeto. Ahora bien, el simple hecho de contar con normas jurídicas que amparen esto no es suficiente, sino que debe estar acompañado de un cambio en la reflexión colectiva sobre el significado de la vejez.

Las personas mayores como sujetos plenos de derechos, perciben una violación de los mismos al recibir tratos inadecuados. La discriminación, el abuso y el maltrato son una temática que suele naturalizarse, y aunque últimamente se están implementando acciones para generar conciencia colectiva en la sociedad sigue siendo de suma importancia que desde el Estado se desarrollen políticas que promuevan la "cultura del buen trato". Con el objetivo de impulsar la solidaridad intergeneracional y desarticular los prejuicios hacia las personas mayores, para que sean tratadas con respeto y como sujetos plenos de derecho. Una sociedad con una visión de la cultura de buen trato evitaría situaciones de discriminación, abuso, maltrato y violencia hacia las personas mayores, ya sea por acción u omisión.

Las relaciones de buen trato parten de reconocer que existe un otro, que tal vez tiene necesidades diferentes, que deben ser aceptadas y respetadas aunque no sean compartidas. Es por esto que podemos decir que el buen trato implica[3]:

[3] "Buen Trato a las Personas Mayores". Material de divulgación público, editado por la Dirección General de Mayores, Área de Gobierno de Familia y Servicios Sociales, Ayuntamiento de Madrid, y dirigido por Dancausa Treviño, M. C. Madrid, España.

- El reconocimiento de las posibilidades del otro, de ver a los demás como personas, con derechos a ocupar un espacio físico, intelectual y afectivo en la vida de otros. Esto permite visualizar el punto de vista de un otro.
- La empatía, para construir la conciencia de uno mismo, ya que cuanto más se pueda reconocer y manifestar los propios sentimientos, mejor se va a poder aceptar y reconocer los sentimientos de los demás. Inclusive aquellas emociones que no se expresan con palabras, sino mediante comunicación no verbal (gestos, tono de voz, silencios, mirada, etc.), que también forman parte de la relación interpersonal.
- La interacción social es una condición inherente del ser humano, por lo cual constantemente se dan procesos de interacción con los demás, que pone en juego sentimientos y formas de reacción. Cuanto más positiva sea la interacción, mejor será la sensación provocada en el otro.
- La comunicación efectiva implica la existencia de una interacción recíproca entre emisor y receptor, teniendo en cuenta el lenguaje verbal, paraverbal y no verbal. Aquellas personas que se muestran abiertas, son claras, directas y respetan al otro, son las que permiten que la comunicación sea efectiva.
- La negociación implica la capacidad de resolver los desacuerdos con los otros, atacando al problema y no a la persona.

Desde esta investigación se consideró que la comunicación efectiva es la variable que engloba a las demás implicancias de la cultura de buen trato, ya que la comunicación es algo inherente al ser humano, y es a partir de ahí que se denota la mirada que se tiene del otro. Desde lo que se dice con la palabra, con el tono de voz, con los gestos e inclusive con el cuerpo, se le genera al receptor sensaciones que pueden denotar el buen o mal trato.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS DEL CAPITULO 3

Ministerio de Desarrollo Social. (2013). *Plan Nacional de las Personas Mayores 2012-2016.* Recuperado de https://www.desarrollosocial.gob.ar/wp-content/uploads/2015/07/Plan-Nacional-de-las-Personas-Mayores-2012-2016.pdf

Ministerio de Desarrollo Social. (2016). *Buen trato a los adultos mayores.* Recuperado de: http://www.desarrollosocial.gob.ar/noticias/noticiascampana-nacional-del-buentrato-los-adultos-mayores/

OEA. (2015). *Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores.* Washington D.C.

ONU. (1982). Plan de Acción Internacional sobre Envejecimiento de Viena. Recuperado de: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/plan_de_accion_internacional_de_viena_sobre_el_envejecimiento.pdf

ONU. (2002). *Declaración Política y Plan de Acción Internacional sobre Envejecimiento de Madrid.* Recuperado de https://social.un.org/ageing-working-group/documents/mipaa-sp.pdf

ONU. (2012). *Resolución aprobada por la Asamblea General el 19 de diciembre de 2011.* Recuperado de http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/RES/66/127

ProNEAS. (2014). *Boletín del programa nacional de envejecimiento activo y salud para adultos mayores* (8). Recuperado de http://www.msal.gob.ar/ent/images/stories/programas/pdf/2014-08_boletin-proneas-n8.pdf

CAPITULO 4: COMUNICACIÓN EFECTIVA

Comunicación

La comunicación humana es un proceso dinámico por cual se produce un intercambio de información entre dos o más personas, es decir, un emisor y un receptor, que comparten un código, y supone la percepción de un significado común entre las partes involucradas. Es un elemento esencial en el funcionamiento social humano, porque permite a individuos y grupos de la sociedad relacionarse entre sí.

La comunicación puede definirse como "el proceso de comprender y de compartir el significado de algo, es el elemento básico de la interacción humana que permite a las personas establecer, mantener y mejorar el contacto con otros, así como participar en el conocimiento de uno mismo" (Petra Micu, 2012, p.219).

Tipos de comunicación

Comunicación verbal: Toda comunicación verbal consta de un conocimiento de la lengua y de procesos mentales. Sin embargo, el sistema gramatical del lenguaje nunca será suficiente, ya que la comunicación humana es contextual. Es decir, que las expresiones y sus significados dependen del contexto y de los supuestos, de las creencias, de la memoria y de las percepciones de cada situación (Ortiz Montoya, 2009). Es por esto que hablar es más que sólo murmurar palabras, significa un intercambio de ideas e información acerca de los deseos, necesidades, percepciones, conocimientos y

estados afectivos (Petra Micu, 2012). Y lo que se expresa puede ser formal o informal de acuerdo al contexto y el interlocutor.

Comunicación paraverbal: Hace referencia a la forma en que se comunica algo, más que a lo que se dice. Está relacionado con los rasgos vocales no verbales que forman parte del comportamiento del habla. Este lenguaje tiene dos funciones, por una lado mejorar la comprensión del lenguaje verbal y por otro lado, favorecer la manifestación de sentimientos, emociones y de actitudes de quien habla, como así también las repeticiones, matices de voz, entonación, sonidos y silencios que acompañan el lenguaje verbal (Ortiz Montoya, 2009). Es fundamental que las personas tengan la habilidad de expresar y descifrar estas señales vocales para poder interpretar el contenido emocional del mensaje.

Comunicación no verbal: Este tipo de comunicación se corresponde con las diferentes formas de expresión, como los gestos, las miradas, las distancias, el lenguaje corporal, etc. El acto comunicativo no verbal, posee una gramática organizada con sentido completo y alto poder de significación e interpretación, que no hay que dejar de tener en cuenta (Ortiz Montoya, 2009). Esta está relacionada con el ambiente, las características de los interlocutores y la conducta de los mismos durante la comunicación, y su función es participar a través de la expresión de emociones y actitudes para acompañar la comunicación oral (Petra Micu, 2012). Interpretar las conductas implícitas dentro de la comunicación no verbal, implica aceptar los diferentes significados del proceso comunicativo, que van a estar íntimamente relacionados con la cultura.

Comunicación en salud

Al igual que en muchos de otros ámbitos de desempeño humano, la comunicación en el área de la salud es un instrumento fundamental de trabajo para ejercer esta actividad de la forma más adecuada y eficaz. El profesional de la salud debe comprender y ser consciente de que para mejorar la calidad del servicio sanitario brindado, ineludiblemente hay que mejorar el proceso interactivo que se establece con el paciente/usuario/cliente. En la medida que esto se dé, se obtendrá el máximo rendimiento de las competencias técnicas del profesional y mejores resultados del accionar de quien requiere de estos servicios sanitarios, ante el abordaje indicado.

Algunos de los requisitos básicos para tener una buena comunicación con el paciente/usuario/cliente son la capacidad de empatía y de resonancia afectiva, ambos componentes de la inteligencia emocional (Otero Martínez, 2008). Esto implica que debe existir la capacidad de sintonizar con las emociones y sentimientos del otro, sin necesidad de tener que estar de acuerdo o sentir lo mismo, para poder comprender el mensaje que transmite desde un lugar más humano, de respeto y entendimiento. De ser así, el paciente/usuario/cliente se sentirá confiado y satisfecho con la atención brindada.

El profesional de la salud tiene, como parte de su trabajo, que brindar información a diversos receptores, sin embargo, el objetivo no es simplemente la escucha pasiva de los mismos, sino que debe ser un proceso de intercambio. La información no debe ser ni insuficiente ni excesiva, para lo cual es importante preguntar qué sabe y qué quiere saber; y siempre tener en

cuenta al momento de brindar información el grado de estrés, el nivel escolar, el grado de comprensión y la edad de la persona.

Un paciente/usuario/cliente que siente por parte del profesional que hay una escucha activa y un trato con respeto, con el cual se puede comunicar de forma efectiva y obtener información pertinente creará un vínculo de mayor confianza, mejorando indefectiblemente el abordaje llevado a cabo, sea cual sea.

Comunicación en la vejez

Una de las características más notables de la vejez es su variabilidad, ya que cada individuo envejece de forma particular, cargado de experiencias y aprendizajes según las circunstancias que le han tocado vivir. Sin embargo, si bien no hay fórmula exacta de los procesos de envejecimiento biológico y psicológico se pueden esperar determinados declives de las funciones, que no implican de por sí la existencia de patología.

El ser humano es un procesador constante de información, que una vez captada por los sentidos es analizada y almacenada para luego proporcionar una respuesta acorde. Para llevar a cabo este procesamiento se requiere de funciones cognitivas, de un buen procesamiento del Sistema Nervioso Central y de los órganos de los sentidos, y de un ambiente propicio. Por este motivo hay que tener en cuenta, para poder tener una comunicación efectiva con la persona mayor, la existencia o no de características o situaciones que pueden

estar interfiriendo o facilitando la expresión, recepción y comprensión del mensaje. Estas pueden categorizarse en:

Fisiológicas – físicas - biológicas: puede ser que un impedimento en el proceso comunicativo se dé debido a defectos o deficiencias de cualquiera de los órganos de los sentidos, o esto sumado a alguna interferencia en el medio ambiente donde dicha comunicación tiene lugar. En la vejez existe una mayor predisposición a la existencia de afectación auditiva y/o visual que interfiera en la capacidad de captar la información, aunque esto no es siempre así. No todas las personas mayores son sordas, como expresa la estereotipia que existe en esta sociedad. Sin embargo ante un caso así, sumado a un ambiente poco favorable, con muchos ruidos o muchas personas hablando al mismo tiempo, puede conllevar a una comunicación poco efectiva. Por el contrario, un ambiente agradable puede ayudar a compensar en caso de que exista una deficiencia en los órganos de los sentidos.

Cognitivas: estas están relacionadas a las funciones que permiten el procesamiento de la información y dar una respuesta acorde. En la vejez, se produce un enlentecimiento y una menor eficiencia del procesamiento cognitivo, limitando la velocidad de la respuesta. Como parte del envejecimiento normal, se produce un declive de la memoria operativa, que limita el desempeño del sistema atencional, especialmente en los procesos de atención e inhibición que implican la selección, planificación y registro de la información (Fernández Ballesteros, 2004). Esto afecta principalmente a la comunicación, ya que existe una disminución de los aspectos lingüísticos relacionados con la memoria, como lo son el acceso al léxico, la comprensión y producción de oraciones complejas. Sin embargo esto no siempre es así,

muchas de las personas mayores sanas pueden demostrar una adecuada ejecución comunicativa, ya que si bien el tiempo de procesamiento aumenta, esto no determina la imposibilidad de tener un buen desempeño lingüístico.

Psicológicas - emocionales: son aquellas que van a estar relacionadas con el estado de ánimo, los valores y los buenos o malos hábitos de escucha. Las emociones extremas como alegría o tristeza obstaculizan una buena comunicación, así como también la capacidad de comprender el estado de ánimo del interlocutor. Por el contrario, la capacidad de empatía, el buen humor y la tranquilidad suelen predisponer a las personas a mantener una mejor comunicación y una escucha activa del otro.

Sociológicas: Son producidas por la falta de interés y los prejuicios involucrados en el proceso comunicativo. Van a estar determinadas por el esquema referencial del sujeto, abarcando ideas que no resultan válidas o que se oponen directa o indirectamente al interlocutor. O bien pueden referir a la diferencia de conocimientos entre el emisor y receptor, el nivel educativo y el estilo de vida, correspondiente al contexto en que se desenvuelve cada persona. Dentro de esto se ubica a aquellas falsas creencias que provocan que la sociedad asuma que todas las personas mayores padecen de alteraciones cognoscitivas, lingüísticas y de los órganos de los sentidos, impactando negativamente en el intercambio social y comunicativo intergeneracional. Muchas veces el rendimiento lingüístico de la persona mayor depende de la actitud de sus interlocutores, y de ahí derivará también la efectividad de la comunicación.

En resumen se puede decir que hay que tener en cuenta todas las variables que intervienen en la comunicación, sobre todo con las personas mayores: en lo físico la audición, visión y el estado de salud en general, en lo socio emocional las interacciones sociales, el nivel educativo y el estilo de vida, en lo cognoscitivo todo aquello relacionado a la memoria y la atención, y en cuanto a lo sociológico los prejuicios inculcados desde cada cultura (Valles González, 2016). Y comprender que no todas las variables se van a dar de la misma forma en todas las personas mayores.

Comunicación efectiva en la vejez

En el proceso comunicativo es fundamental que tanto el emisor como el receptor encuentren un significado común, para lograr la comprensión del mensaje de forma correcta (Pons Diez, 2006). Cuando esto sucede, se puede decir que se está ante una comunicación efectiva. Sin embargo, hay que tener en cuenta que las partes involucradas en este proceso son personas, con sentimientos, actitudes, prejuicios, expectativas o experiencias propias que influyen en la comunicación, impidiendo, más de una vez, lograr la efectividad de la misma.

Para que la comunicación sea efectiva es necesario que las partes involucradas manejen un conjunto de habilidades que les permitan desenvolverse con soltura en la relación, controlando el propio estado emotivo, teniendo en cuenta los sentimientos ajenos y respetando el derecho que tiene el otro a experimentarlos (Hernando Ibeas, 2004). Por todo esto, se puede decir que una comunicación efectiva es aquella en donde existe una interacción

recíproca entre emisor y receptor, en la cual se tiene en cuenta el lenguaje verbal, paraverbal y no verbal, acompañado siempre de un sentimiento de empatía y respeto mutuo, para lograr la comprensión del mensaje.

Por este motivo, es importante en aquellas profesiones que incluyan en el ejercicio cotidiano relaciones interpersonales directas, como elemento laboral básico, que el profesional esté predispuesto y motivado a conseguir una comunicación efectiva. De lo contrario, el vínculo será empobrecido, la relación se verá afectada negativamente y bajará la calidad del servicio prestado (Pons Diez, 2006).

Elementos básicos de la comunicación efectiva

Ma. Victoria Hernando Ibeas (2004) plantea un protocolo de intervención del profesional que trabaja en el área gerontológica/geriátrica, donde se abordan cinco elementos esenciales que deben estar presentes en la comunicación con las personas mayores para que la misma sea adecuada y efectiva. Para ello, además del conocimiento teórico de estos elementos, se recomienda que sean interiorizados y analizados según su utilidad en cada contexto laboral. En el caso de este protocolo, se tiene en cuenta el "cómo" llevar a cabo la comunicación, ya que el "qué" estará determinado por los requerimientos de cada profesión.

A. Escuchar activamente, es una habilidad comunicativa que implica una participación tanto activa como pasiva. La acción fisiológica de oír no significa escuchar con comprensión y cuidado, es decir, hacerse

consciente de lo que el interlocutor está intentando comunicar. La escucha activa implica una disposición y atención a recibir el mensaje de la persona, y a su vez hacer una lectura de su estado emocional. Para llevar a cabo dicha escucha se requieren dos condiciones básicas. Por un lado, no interrumpir ni ofrecer opiniones prematuras, es decir no caer en el "síndrome del experto", en el cual el profesional infiere una posible respuesta al problema antes de que la persona concluya su relato. Y por el otro, utilizar señales verbales (incentivos como "ya veo", "si", parafrasear o utilizar expresiones resumen), y no verbales (como mantener el contacto visual, adoptar gestos de atención e interés, etc.), que le aporten al interlocutor la seguridad de estar siendo escuchado.

B. Empatizar implica escuchar los sentimientos del usuario y comprender los motivos de los mismos, aunque no siempre sean compartidos. Se trata ante todo de un lenguaje emocional, por lo que no consiste en emitir opiniones. Los profesionales suelen reaccionar de forma precipitada a expresiones de sentimientos por parte de las personas mayores, y tienden a rechazarlos con expresiones como "no se preocupe", "cálmese". Aunque se desee reconfortarlos es necesario escuchar sus sentimientos y aceptarlos, utilizando expresiones tales como "entiendo que…" "comprendo que reaccione así". Por ello es importante tener en cuenta que aquellas expresiones que se utilizan de forma automática y por costumbre, son producto de la incapacidad de convivir con los sentimientos propios y ajenos. Para empatizar con las personas mayores con quien se interactúa, es importante el respeto, la

observación, la escucha y la posibilidad de compartir impresiones, y así demostrar interés en comprender sus emociones. Sin embargo, la empatía no significa estar de acuerdo con el otro, pero el profesional al desarrollar esta capacidad deber reconocer que existen razones para tener los sentimientos que tiene, así sean positivos o negativos. Por todo esto, la empatía se centra en lo que el interlocutor vive y comunica con su lenguaje verbal, paraverbal y no verbal, lo cual supone ir más allá de lo que dice sin interpretar, es decir, hacer un esfuerzo por identificar hechos y sentimientos.

C. Reforzar, expresar al otro lo positivo de su comportamiento mediante reforzamientos positivos guiados hacia la conducta que se desea modificar. La intervención profesional debe centrarse en el individuo, en sus pautas de comportamiento y hábitos negativos para la salud. Por lo cual es importante que el profesional fomente aquellas conductas adecuadas y saludables, y busque reducir o extinguir aquellas que afecten negativamente a la salud. La investigación conductual del envejecimiento manifiesta que las personas mayores presentan prácticamente los mismos problemas que los demás grupos de población. El modelo de interacción entre organismo, conducta y ambiente, está orientado al problema y no a la edad. La tarea que implica una modificación de conducta está orientada a la idea de que las personas mayores pueden aprender, reaprender y mantener ciertas habilidades y recursos que los hagan más autónomos, competentes y

eficaces psicosocialmente. Siempre teniendo en cuenta aquellas variables personales e históricas.

D. Especificar y describir las normas o pautas que la persona mayor debe hacer o cambiar para mantener su bienestar. Aquello que se desea comunicar debe ser de la forma más clara y concreta posible, con explicaciones que no utilicen terminología vaga, ambigua o muy técnica. Una consecuencia de no utilizar adecuadamente este elemento es que el posible "fallo" de la persona mayor está dado en la poca exactitud del mensaje del profesional, y suele atribuirse a una falta de interés o capacidad del receptor.

E. Comprobar la comprensión de la persona mayor. Para asegurarse que la comunicación sea clara, es importante comprobar frecuentemente la interpretación y la comprensión de lo que se dice, adaptando el lenguaje verbal, paraverbal y no verbal a la cultura del interlocutor. Incorporar al dialogo preguntas, animar al receptor a que también las realice y manifieste inquietudes, pedirle que repita lo que se le informó, etc., son ejemplos de estrategias para que el profesional se asegure que la otra persona comprendió el mensaje.

Este protocolo debe aplicarse teniendo en cuenta ciertos aspectos que ayudan o dificultan la eficacia de la comunicación.

Elementos que facilitan:

- Lugar y momento adecuados.
- Estados emocionales facilitadores.
- Hacer preguntas abiertas o específicas.
- Petición de parecer.
- Acomodar el contenido de la información a la necesidad del otro.
- Especificar los comportamientos que se quieren cambiar.
- Expresar sentimientos.
- Permitir siempre expresión de los sentimientos.
- Permitir los silencios.
- Informar acerca de recursos.
- Dejar pasar tiempo para que el otro asimile la situación.
- Indagar acerca de una posible ayuda.

Elementos que dificultan:

- Lugar o momento inadecuado.
- Interpretación personal de los mensajes en función de actitudes y estereotipos propios.
- Discrepancia entre mensajes verbales y no verbales.
- Mensajes mal estructurados y/o ambiguos.
- Comunicación en cadena, el paso del mensaje por varios emisores y receptores.
- Ausencia o deficiencia de retroalimentación.

- Estados emocionales de la persona mayor que perturben la atención, comprensión y el recuerdo de la información.
- Preguntar con reproche o sarcasmo.
- Dar concejos prematuros y no requeridos.
- Utilización de términos vagos o muy técnicos.
- No modular correctamente.
- Interrumpir.
- Interpretar o juzgar.
- No escuchar e ignorar mensajes importantes del otro.
- Dar excesiva información.
- Etiquetar.

Conocer cómo acontece la comunicación, los elementos característicos, los facilitadores y barreras, los tipos o niveles de comunicación va a determinar el grado de eficacia de la misma. Sin embargo, a pesar de ser algo tan importante, no se enseña cómo recibir, analizar y transmitir la información en todas sus connotaciones. Esta carencia en el ámbito profesional implica que exista un desconocimiento de los efectos que las pautas comunicativas producen en el trato con la persona mayor.

Las personas mayores como población están en situación de vulnerabilidad a sufrir malos tratos por parte de los profesionales de la salud. Esto puede estar asociado a la falta de enseñanza y detenimiento de los mismos profesionales a cómo debe darse la comunicación. Por este motivo hay que tener en cuenta que las habilidades comunicativas en profesiones como la Terapia Ocupacional, son una poderosa herramienta que permite dirigir el

abordaje de la persona mayor o el grupo con el que se trabaja. Ya que, la persona mayor que siente por parte del Terapeuta Ocupacional que hay una escucha activa y un trato con respeto, donde existe una comunicación efectiva con todos sus elementos, creará un vínculo de mayor confianza y será más factible que tenga un envejecimiento lo más autónomo y saludable posible.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS DEL CAPITULO 4

Fernández Ballesteros, R. (2004). La psicología de la vejez. *Encuentros multidisciplinarios, 16.* Recuperado de http://www.encuentros-multidisciplinares.org/Revistan%C2%BA16/Roc%C3%ADo%20Fernandez%20Ballesteros.pdf

Hernando Ibeas, M. V. (2004). Habilidades de comunicación con las personas mayores. En Giró Miranda, J, *Envejecimiento y sociedad: una perspectiva pludidisciplinar* (pp. 103-141). Logroño, España: Universidad de La Rioja (servicio de publicaciones).

Ortiz Montoya, J. (2009). *Comunicación interpersonal en el adulto mayor.* (Tesis de grado). Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá.

Otero Martinez, H. (2008). Hacia una comunicación efectiva y humanista. *Revista habanera de ciencias médicas, 7(1).*

Petra Micu, I. M. (2012). La enseñanza de la comunicación en medicina. *Elsevier, 1*(4), 218-224.

Pons Diez, X. (2006). La comunicación entre el profesional de la salud y el paciente: aspectos conceptuales y guía de aplicación. *Enfermería integral, 73,* 27-34.

Valles González, B. (2016). *El lenguaje y la comunicación en la adultez mayor: consideraciones psicosociolingüisticas*. Recuperado de http://acmem-logopedia.com/onewebmedia/LENGUAJE%20EN%20EL%20ADULTO%20MAYOR.pdf

ASPECTOS METODOLOGICOS

Tema de investigación

Conocimiento que poseen los/las Terapistas Ocupacionales y los/las Lic. en Terapia Ocupacional que se desempeñan en el área gerontológica acerca de la comunicación efectiva en relación a la cultura de buen trato

Problema de investigación

¿Con qué conocimientos cuentan los/las Terapistas Ocupacionales y los/las Lic. en Terapia Ocupacional que se desempeñan en el área gerontológica acerca de la comunicación efectiva en relación a la cultura de buen trato en Mar del Plata en el año 2018?

Objetivo general

- Indagar acerca del conocimiento que poseen los/las Terapistas Ocupacionales y los/las Lic. en Terapia Ocupacional que se desempeñan en el área gerontológica acerca de la comunicación efectiva en relación a la cultura de buen trato.

Objetivos específicos

- Describir diferencias en el conocimiento que poseen los/las Terapistas Ocupacionales y los/las Lic. en Terapia Ocupacional acerca de la comunicación efectiva según el dispositivo de atención gerontológica en el cual se desempeñan.

- Describir diferencias en el conocimiento que poseen los/las Terapistas Ocupacionales y los/las Lic. en Terapia Ocupacional acerca de la comunicación efectiva según la experiencia y formación en gerontología y cultura de buen trato.
- Indagar acerca de los aspectos de la comunicación efectiva que más utilizan los/las Terapistas Ocupacionales y los/las Lic. en Terapia Ocupacional en su hacer profesional.
- Identificar las estrategias utilizadas por los/las Terapistas Ocupacionales y los/las Lic. en Terapia Ocupacional ante la dificultad en la comunicación con las personas mayores.

Definición de la variable

A continuación se definirá la variable conceptual y operacionalmente "comunicación efectiva respecto de la cultura de buen trato".

Definición conceptual

Una comunicación efectiva es aquella en donde existe una interacción recíproca entre emisor y receptor, en la cual se tiene en cuenta el lenguaje verbal, paraverbal y no verbal, acompañado siempre de un sentimiento de empatía y respeto mutuo, para lograr la comprensión del mensaje. Para que sea posible hablar de comunicación efectiva existen cinco elementos esenciales:

- Escuchar activamente: Implica una disposición y atención a recibir el mensaje de la persona, y a su vez hacer una lectura de su estado emocional.
- Empatizar: Implica escuchar los sentimientos del usuario y comprender los motivos de los mismos, aunque no siempre sean compartidos. Se centra en lo que el interlocutor vive y comunica con su lenguaje verbal, paraverbal y no verbal, lo cual supone ir más allá de lo que dice sin interpretar, es decir, hacer un esfuerzo por identificar hechos y sentimientos.
- Reforzar: Implica expresar al otro lo positivo de su comportamiento mediante reforzamientos positivos guiados hacia la conducta que se desea modificar.
- Especificar y describir: Implica que aquello que se desea comunicar debe ser de la forma más clara y concreta posible, con explicaciones que no utilicen terminología vaga, ambigua o muy técnica.
- Comprobar la comprensión: Implica la importancia de asegurarse frecuentemente la interpretación y la comprensión de lo que se dice, adaptando el lenguaje verbal, paraverbal y no verbal a la cultura del interlocutor.

Definición operacional

Los elementos de la comunicación efectiva son:

Escuchar activamente:

- No interrumpir.
- No ofrecer opiniones prematuras.
- Utilizar señales verbales que aporten al interlocutor la seguridad de estar siendo escuchado.
- Utilizar señales no verbales que aporten al interlocutor la seguridad de estar siendo escuchado.
- Permitir la expresión de los sentimientos.

Empatizar:

- Respetar los sentimientos del otro.
- Observar el lenguaje no verbal.
- Escuchar activamente.
- Compartir impresiones con el otro.
- Demostrar interés en lo que el otro manifiesta.
- Comprender emociones.
- Utilizar frases tales como: “entiendo que..”, “comprendo que reaccione así”, en vez de “calmese”, “no se preocupe”.

Reforzar:

- Fomentar conductas adecuadas.
- Fomentar conductas saludables.

- Utilizar reforzadores positivos guiados hacia la conducta que se desea modificar.
- Reducir o extinguir conductas que afecten negativamente la salud.

Especificar y describir:

- Utilizar lenguaje claro.
- Utilizar lenguaje concreto.
- Evitar terminología vaga, ambigua o muy técnica.
- Ser exactos en la expresión del mensaje.

Comprobar la comprensión del mensaje:

- Incorporar al dialogo preguntas.
- Animar a que el receptor realice preguntas.
- Animar a que el receptor manifieste inquietudes.
- Solicitarle al otro que repita lo que se le informó.
- Adaptar el lenguaje verbal a la cultura del interlocutor.
- Adaptar el lenguaje paraverbal a la cultura del interlocutor.
- Adaptar el lenguaje no verbal a la cultura del interlocutor.

Enfoque, diseño y tipo de estudio

Para el cumplimiento de los objetivos que se proponen para esta investigación se utiliza un enfoque cualitativo. Esto debido a que se busca conocer cómo es la experiencia de los participantes desde una propia

perspectiva, teniendo en cuenta que la temática de la investigación es amplia y multifacética (Blesedell Crepeau, Cohn & Boyt Schell, 2005).

En este contexto, el tipo de diseño fue no experimental, ya que se indagó acerca de la variable (comunicación efectiva respecto de la cultura de buen trato) tal y como se da en su contexto natural, sin intervención por parte de las tesistas (Hernández Sampieri, Fernández Collado & Baptista Lucio, 2007).

Se implementó un tipo de estudio exploratorio - descriptivo, ya que se buscó conocer la noción de la comunicación efectiva respecto de la cultura de buen trato que tienen los/las Terapistas Ocupacionales y los/las Lic. en Terapia Ocupacional que se desempeñan en el área gerontológica, debido a que es una temática poca conocida e investigada (Hernández Sampieri, Fernández Collado & Baptista Lucio, 2007). De corte transversal, porque el propósito fue describir y analizar la variable ya mencionada en un sólo momento del tiempo (Hernández Sampieri, Fernández Collado & Baptista Lucio, 2007).

Muestra

La muestra fue constituida por tres Terapistas Ocupacionales y quince Lic. en Terapia Ocupacional, conformando un total de dieciocho participantes de sexo femenino profesionales de Terapia Ocupacional que se desempeñan en el área de gerontología, en la ciudad de Mar del Plata.

Unidad de análisis

Cada una de las Terapistas Ocupacionales y/o Lic. En Terapia Ocupacional que trabajan en el área de gerontología, en la ciudad de Mar del Plata, que cumplan con los criterios de selección de la muestra y que participaron de esta investigación.

Técnica de selección de la muestra

El muestreo fue de tipo no probabilístico por conveniencia, debido a que se utilizó una muestra integrada por profesionales de Terapia Ocupacional que se desempeñen en el ámbito de gerontología, que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión, y cuya disponibilidad sea más conveniente para la investigación (Polit & Hungler, 2000).

Criterios de inclusión

- Terapista Ocupacional o Lic. en Terapia Ocupacional con un ejercicio en el rol de al menos un año al momento de la entrevista.
- Ejercer la profesión en el área gerontológica al menos desde un año al momento de la entrevista.

Criterios de exclusión

- Desinterés en participar de la investigación.

Método de recolección de datos

Procedimiento (Ver anexo 1)

En base a los conocimientos de las investigadoras y de indagaciones a otras profesionales se confeccionó una lista de posibles profesionales de Terapia Ocupacional para entrevistar, que se desempeñaban en el área de gerontología y que cumplieran los criterios de inclusión. Luego se las contactó con el fin de pautar una fecha y lugar, explicar la investigación e indagar acerca de una posible participación en la misma.

Con las profesionales que aceptaron la propuesta se acordó el lugar y el horario para la entrevista. Los mismos variaron desde su propio trabajo, casa y en un caso particular la entrevistada se acercó a un punto estratégico ubicado en el centro. Primero se les presentó un consentimiento informado, donde se explica brevemente el objetivo de la investigación, el cual debían firmar para confirmar su conformidad en la participación en dicho estudio. Una vez firmado el consentimiento informado se les preguntó si la entrevista podía ser grabada para su posterior utilización al momento de analizar los datos. Sólo una entrevistada se negó a la grabación.

Al momento de llevar a cabo la aplicación del instrumento una sola investigadora dirigió la entrevista, mientras la otra realizaba apuntes de lo mencionado. El proceso de entrevistar tuvo una duración de aproximadamente 30 minutos.

Instrumento (Ver anexo 2)

El instrumento consiste en una entrevista semi-estructurada, confeccionada por las autoras. La entrevista es un procedimiento usual en investigaciones cualitativas que permite obtener datos objetivos y subjetivos de los sujetos entrevistados (Minayo, 2003). En este caso su aplicación fue de forma individual.

La confección de este instrumento se basó principalmente en dos aspectos, la información general de los sujetos que forman parte de la muestra y la información específica relacionada a la variable a indagar en esta investigación (comunicación efectiva respecto de la cultura de buen trato). Y a su vez las preguntas buscaban responder a los objetivos específicos planteados. Siguiendo esta premisa se puede dividir la entrevista en tres partes: una primer parte fue utilizada para responder al primer y segundo objetivo específico, una segunda para el tercer objetivo, y una última para el cuarto.

La entrevista tiene una totalidad de 27 preguntas, algunas son de tipo cerradas, que contienen categorías de respuesta previamente delimitadas (generalmente SI - NO). Y preguntas abiertas (la mayoría), que no delimitan las alternativas de respuesta, con el fin de proporcionar información más amplia e indagar más profundamente sobre la variable a estudiar (Polit & Hungler, 2000).

Técnica de análisis de los datos

Para el análisis de los datos obtenidos de las entrevistas se compararon las diferentes respuestas con el fin de encontrar patrones comunes, y generar una categoría de la misma que representen los resultados finales (Hernández Sampieri, Fernández Collado & Baptista Lucio, 2007).

Las categorías abarcan elementos o aspectos con características comunes con el fin de agruparlos. Minayo (2003) cita a Selltiz & otros (1965) acerca de los tres principios de clasificación para establecer categorías:

1. El conjunto de categorías debe ser establecido a partir de un único principio de clasificación.
2. El conjunto de categorías debe ser exhaustivo, es decir, permitir la inclusión de cada respuesta en una categoría.
3. Las categorías del conjunto deben ser mutuamente excluyentes.

Primero se buscó organizar y clasificar los datos obtenidos de las entrevistas con el fin de realizar los correspondientes conjuntos de categorías de cada pregunta. Luego se llevó a cabo un análisis mediante el correlato de los datos y la teoría propuesta desde el marco teórico, respondiendo a las cuestiones de la investigación en base a sus objetivos, para finalmente arribar a conclusiones más generales.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS DE LOS ASPECTOS METODOLOGICOS

Blesedell Crepeau, E., Cohn, E. S. & Boyt Schell, B. A. (2005). *Willard & Spackman*: *Terapia Ocupacional* (10ª ed.). Madrid, España: Panamericana.

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. & Baptista Lucio, P. (2007). *Metodología de la investigación* (4ª ed.). México: Mc.Graw-Hill.

Minayo, M. C. S. (2003). *Investigación social: teoría, método y creatividad (*1ª ed.). Buenos Aires: Lugar editorial.

Polit, D. F. & Hungler, B. P. (2000). *Investigación científica en Ciencias de la Salud* (6ª ed.). México: Mc.Graw-Hill.

PRESENTACION, ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS DATOS

Consideraciones generales de la presentación y análisis de datos

La presentación con su respectivo análisis de los datos obtenidos a partir del instrumento utilizado en esta investigación se llevará a cabo siguiendo el mismo orden de las preguntas planteadas en la entrevista que se realizó a las participantes (Ver anexo 2).

Información general de la muestra

Se inició la entrevista indagando cuestiones particulares de las profesionales que conforman la muestra para luego realizar un análisis con el conocimiento específico que poseían acerca de la comunicación efectiva respecto de la cultura de buen trato. Las entrevistadas presentaron características muy variadas. En cuanto al tiempo de su graduación hasta el día de la entrevista, se halló que variaba de uno a 32 años de graduadas. Esto generalmente coincide con los años en ejercicio profesional y con los años en que se desempeñan en el área de gerontología, que también fue de uno a 32 años, presentando modificaciones en los años de desempeño en el área gerontológica en algunas de las entrevistadas, pero que no representa cambios significativos.

En cuanto a la pregunta de si el área gerontológica fue elegida por necesidad laboral o por interés la mayoría contestó que la eligió por interés, sin embargo algunas comenzaron su desempeño en esta área por necesidad, pero luego se interesaron en la temática.

Para realizar un análisis entre el ámbito de desempeño laboral en gerontología y el conocimiento sobre la comunicación efectiva respecto de la cultura de buen trato, se ubicó a las entrevistadas dentro de uno o más ámbitos, que siguiendo lo propuesto por Santos del Riego (2005), podían ser: sanitario, sociosanitario y social, educativo, docencia y asesoramiento, y otros. Las entrevistadas manifestaron desempeñarse laboralmente de mayor a menor medida en los siguientes ámbitos y lugares de gerontología:

- Residencias geriátricas (Ámbito sanitario)
- Centros de enseñanza (Ámbito educativo)
- Hospitales y clínicas privadas (Ámbito sanitario)
- Atención domiciliaria (Ámbito sanitario)
- Centros de atención primaria (Ámbito sanitario)
- Centro de día (Ámbito sociosanitario y social)
- Talleres privados (Ámbito sociosanitario y social)
- ONG (Ámbito sociosanitario y social)
- Fundaciones y asociaciones (Ámbito sociosanitario y social)
- Club de día (Ámbito sociosanitario y social)
- Investigación, innovación y desarrollo (Ámbito docencia y asesoramiento)

Del ámbito sanitario predominaron las residencias geriátricas, hospitales privados y la atención domiciliaria, y del ámbito sociosanitario y social el trabajo en centros de día y en talleres privados. En cuanto a los ámbitos educativo y de docencia y asesoramiento, predominaron aquellos trabajos relacionados a los centros de enseñanza del ámbito educativo.

Al indagar acerca del tipo de abordaje que utilizan, la mayoría contestó que dependía del ámbito laboral, y que por lo tanto realiza un abordaje grupal e individual. En menor medida contestaron que se dedicaban en exclusividad a un solo abordaje, ya sea de lo grupal o de lo individual.

Todas las entrevistadas contestaron que trabajaban de manera interdisciplinaria. Las disciplinas mencionadas de mayor a menor mención fueron:

- Otros (profesores, auxiliares, talleristas, etc.)
- Medicina
- Trabajo social
- Psicología
- Terapia ocupacional
- Enfermería
- Kinesiología
- Fonoaudiología

En cuanto a la formación específica en el área gerontológica, sólo la mitad de las entrevistadas está formada. La mayoría de las que tienen formación específica hicieron la Especialización en Gerontología Comunitaria e Institucional dictada en la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata; y otras refirieron haber hecho cursos de posgrado relacionados con el tema sin especificar cuáles. Sin embargo algunas de las profesionales que mencionaron no tener formación específica están actualmente cursando la carrera de posgrado de Especialización en Gerontología, de la Facultad de

Ciencias de la Salud y Trabajo Social de la Universidad Nacional de Mar del Plata, que comenzó en agosto del 2017.

Por último, en relación a los marcos de referencia utilizados en el desempeño profesional, se puede evidenciar que la mayoría de las entrevistadas utilizan marcos relacionados a otras áreas, y no específicamente a la gerontología. Lo notable es que dentro de los marcos mayormente utilizados está incluido el de sujeto de derechos, ya que siete de las entrevistadas lo mencionaron. Los marcos de referencia mencionados de mayor a menor medida fueron:

- Neuropsicología
- Sujeto de derechos
- Biomecánico y rehabilitador
- Modelo de Ocupación Humana
- Gerontología crítica y comunitaria
- Neurodesarrollo
- Neurociencias

<u>Funciones y/o incumbencias del TO que se desempeña en el área gerontológica</u>

Al indagar acerca de cuáles consideraban que eran las funciones y/o incumbencias del profesional de Terapia Ocupacional que se desempeña en el área de gerontología se definieron las siguientes categorías de respuesta con sus correspondientes ejemplos citados de las entrevistas obtenidas:

1. Las incumbencias dependen del ámbito de desempeño, del área y de las necesidades de la persona por abordar (Entrevistas 7, 11, 14, 15, 16).

"Por supuesto que va a variar de acuerdo al área de intervención y del dispositivo donde uno se desempeñe y de la necesidad de cada persona. Donde yo me desempeño tiene que ver con adultos mayores que están internados por alguna patología o alguna intercurrencia, las funciones del TO tienen que ver con intentar disminuir el impacto que tiene una internación sumado a que el adulto mayor está en situación de vulnerabilidad y el probable aumento de discapacidad o dificultad luego del alta. Que el estadío durante la internación no le genere un mayor impacto y declive funcional."

Entrevista 7, Lic. en Terapia Ocupacional

(6 años de experiencia en área gerontológica)

2. Promoción y prevención de Salud (Entrevistas 5, 8, 9, 13, 18).

"Promover salud desde todas las áreas, desde lo físico, lo cognitivo, lo psicoemocional. Que más que nada es el rol que desempeño. También tenemos mucho rol en lo que es contención y acompañamiento familiar, en el sentido de cuidar al cuidador, orientación en la prevención de caídas."

Entrevista 9, Lic. en Terapia Ocupacional

(11 años de experiencia en área gerontológica)

3. Favorecer la autonomía e independencia funcional de la persona mayor (Entrevistas 1 y 17).

"Primero, mantener la autonomía y funcionalidad. Retardar la dependencia y después fundamentalmente sobre esa base la resignificación de

la ocupación y de lo que es la persona es esta etapa de la vida. Son personas que por ahí pierden el rol social, laboral y no saben demasiado qué hacer con esta etapa tiene alguna secuela y aparece esa cosa de no saber qué es lo que tiene que hacer. Mantenimiento de la funcionalidad, y la independencia no solo en lo que tiene que ver con las AVD, sino sociales y porque no ocupacionales y laborales."

Entrevista 17, Lic. en Terapia Ocupacional

(17 años de experiencia en área gerontológica)

4. Empoderar a las personas mayores (Entrevistas 6 y 10).

"Considero que por lo menos hoy, en este contexto político, social y cultural, que puedan empoderarse, que puedan considerarse sujetos de derechos. (…) Un viejo o vieja que está empoderado/a hasta se sienta diferente, te mira diferente. Pero eso es lo más macro."

Entrevista 6, Lic. en Terapia Ocupacional

(1 año de experiencia en área gerontológica)

5. Se basa en evaluar y llevar a cabo tratamientos (Entrevista 2 y 4).

"Lo que yo hago principalmente es la detección y evaluación de las funciones cerebrales cognitivas. Y luego de determinar el perfil cognitivo se incluye a los pacientes en determinados tratamientos según tengan o no deterioro, o tenga declinación acorde a la edad, o si tiene algún cuadro de demencia."

Entrevista 4, Lic. en Terapia Ocupacional

(12 años de experiencia en área gerontológica)

6. La incumbencia está limitada por la institución donde se desempeña (Entrevista 3).

"Depende de quién sea el empleador. Uno trabaja a través de indicaciones, de señalamientos. Después las incumbencias son las propias de la carrera, indicaciones, adaptaciones. Pero bueno, la institución limita un poco nuestra incumbencia."

Entrevista 3, Terapista Ocupacional

(10 años de experiencia en área gerontológica)

Comunicación efectiva

El objetivo general de esta investigación es conocer qué saben las profesionales de Terapia Ocupacional que se desempeñan en el área gerontológica acerca de la comunicación efectiva respecto de la cultura de buen trato, motivo por el cual se comenzó indagando qué consideraban por comunicación efectiva. Las categorías obtenidas a partir de los datos obtenidos determinaron las siguientes definiciones:

1. Implica la comprensión y entendimiento por parte del otro (Entrevistas 1, 2, 8, 11, 13, 15, 16, 17).

"Supongo que es un tipo de comunicación en el cual realmente la otra persona o las personas que la reciben pueden entender."

Entrevista 1, Lic. en Terapia Ocupacional

(20 años de experiencia en área gerontológica)

2. Existencia de reciprocidad en la comunicación (Entrevistas 6, 9, 10, 14, 18).

"Sería poder transmitir una información, un dato, una idea de una mejor manera para que llegue realmente lo que uno desea transmitir y al revés, dar el lugar para que el otro pueda, porque la comunicación es como un ida y vuelta, para que el otro pueda también desde su forma, su estilo, su capacidad transmitir sus datos, sus deseos, su interés, su pensamiento y que yo pueda lograr decodificarlo."

Entrevista 9, Lic. en Terapia Ocupacional

(11 años de experiencia en área gerontológica)

3. Una comunicación que aborde las necesidades del otro (Entrevista 4, 7, 12).

"La puedo llegar a definir como un tipo de comunicación eficaz, eficiente, que llega a la población que atendemos, que es un tipo de comunicación rápida, sencilla y que aborde las necesidades de la otra persona de una manera adecuada."

Entrevista 4, Lic. en Terapia Ocupacional

(12 años de experiencia en área gerontológica)

4. Posibilidad de decodificar el mensaje (Entrevista 5)

"Cuando el emisor puede dar un mensaje y el receptor lo puede decodificar y devolver. Una comunicación donde dos o más personas logren transmitir lo que quieren y hay otro que escucha."

Entrevista 5, Lic. en Terapia Ocupacional

(2 años de experiencia en área gerontológica)

5. Posibilidad de vincularse y generar confianza (Entrevista 3)

"Tiene que ver con partir de un lenguaje vincular, comunicarme con el residente para poder optimizar un trabajo específico. Lo básico es lo vincular. Si no partís de un buen vínculo y de una buena comunicación con el paciente y con la familia no se lleva a cabo un buen abordaje. Lo importante es la parte vincular con el paciente, porque eso te da la base para una comunicación, para que la persona te entienda. En el caso de que esté muy demenciado hablar con la familia, trasladar esa comunicación, que está condicionada o frustrada por su nivel cognitivo, trasladarla a la familia, si es que existe."

Entrevista 3, Terapista Ocupacional

(10 años de experiencia en área gerontológica)

Luego se buscó que de esa definición identificaran aquellos aspectos que podían hacer que la comunicación sea efectiva. El objetivo era observar si podían identificar los elementos básicos de la comunicación efectiva propuestos por Ma. Victoria Hernando Ibeas (2004) en el protocolo de intervención del profesional que trabaja en el área gerontológica/geriátrica. Las categorías de respuesta se dividieron en la cantidad de elementos que mencionaron en su relato, o si mencionaron otros diferentes a los propuestos por la teoría de esta investigación.

1. Mención de un solo elemento, que puede ser empatía, escucha activa, descripción o especificación o comprensión, ya que reforzar no es

mencionado por ninguna entrevistada (Entrevistas 1, 3, 4, 5, 9, 10, 13, 14, 15)

"Las ganas de escuchar y las ganas de transmitir un mensaje de ambas personas. Y las dos personas tienen que estar dispuestas a escuchar."

Entrevista 5, Lic. en Terapia Ocupacional

(2 años de experiencia en área gerontológica)

2. Mención de dos elementos (Entrevistas 2, 7, 16)

"Por un lado la empatía con la persona y con lo que estamos recibiendo, paciencia, espera durante la comunicación. Poder tener una lectura más allá de lo verbal y poder observar otros aspectos de la comunicación que tienen que ver con lo no verbal muchas veces. Repreguntar, no quedarse rápidamente con lo que uno cree haber entendido."

Entrevista 7, Lic. en Terapia Ocupacional

(6 años de experiencia en área gerontológica)

3. Mención de 3 elementos (Entrevista 17)

"La escucha, un lenguaje básico, concreto. Básico no en cuanto pobre, sino que la otra persona pueda entender de qué estamos hablando. No hablar un discurso que la otra persona no pueda entender. Por ahí corroborar alguna consigna o alguna indicación que se haga, pero la escucha es mucho."

Entrevista 17, Lic. en Terapia Ocupacional

(17 años de experiencia en área gerontológica)

4. Mención de otros aspectos (Entrevistas 6, 8, 11, 12, 18)

"Los estímulos, el entorno, el espacio, los ruidos. Depende de las posibilidades de asimilación que tenga el adulto, las posibilidades motoras."

Entrevista 8, Lic. en Terapia Ocupacional

(16 años de experiencia en área gerontológica)

"El vínculo principalmente que puedas establecer con el adulto mayor o con el personal que convive con el adulto mayor porque por ahí difícilmente lo puedas aislar de su familia, cuidador, asistentes. Uno de los aspectos sería poder interactuar con toda la red social con la que el paciente o adulto mayor trata para poder interactuar con él, más allá del vínculo, con el adulto mayor y con toda la red social que interactúa con él".

Entrevista 12, Lic. en Terapia Ocupacional

(21 años de experiencia en área gerontológica)

Debido a que la investigación se especifica dentro de un campo de abordaje que es la gerontología, se indagó acerca de qué aspectos de la comunicación consideraban importantes tener en cuenta al trabajar en esta área. Las categorías de respuesta seleccionadas fueron:

1. Trabajar sobre el lenguaje verbal y no verbal (Entrevistas 1, 3, 7, 8, 11, 18)

"El lenguaje y la calidez del lenguaje, la forma de transmitir, el tono, cómo modula uno la voz, la mirada, la cuestión emocional."

Entrevista 8, Lic. en Terapia Ocupacional

(16 años de experiencia en área gerontológica)

"Los aspectos verbales, por un lado, que haya buena comunicación desde las palabras, si hablamos de una institución donde hay mucho deterioro donde las patologías son crónicas que tienen una característica bastante particular la comunicación también tiene que ser desde lo mental de lo visual y desde ahí hay muchas estrategias y técnicas que se pueden utilizar."

Entrevista 18, Lic. en Terapia Ocupacional

(32 años de experiencia en área gerontológica)

2. Adaptar la comunicación a la persona mayor (Entrevistas 4, 5, 9, 12, 13, 17)

"La comunicación es una herramienta fundamental, principalmente en el abordaje grupal, y me parece que debe estar adaptada a las características del paciente."

Entrevista 4, Lic. en Terapia Ocupacional

(12 años de experiencia en área gerontológica)

3. Rever formas de comunicación (Entrevista 10 y 15)

"Propiciar la escucha activa entre ellos, que no hablen todos juntos, para poder manejar una información a la vez. También es una cuestión de ir transformando la manera de comunicarnos desde este modelo actual, que es

muy individualista, donde uno quiere a veces comunicarse catárticamente, sin empatizar con lo que le sucede al otro."

Entrevista 10, Lic. en Terapia Ocupacional

(26 años de experiencia en área gerontológica)

4. Tener en cuenta el encuadre (Entrevista 2)

"Un espacio libre de obstáculos que impidan la comunicación, sin ruidos ni interferencias a la hora de la formación del vínculo."

Entrevista 2, Lic. en Terapia Ocupacional

(9 años de experiencia en área gerontológica)

5. Fomentar espacios para la comunicación (Entrevista 6)

"No subestimar al viejo o a la vieja, y en la práctica profesional se va olvidando eso. Uno hace un taller, una actividad y se olvida de la historia de cada persona, de lo que le acontece, y no hay lugar para las intervenciones. La realidad es que uno también está muy acotado como profesional. Generalmente hay lugares donde te contratan para ir a hacer el taller e irte, no podés brindar espacios reflexivos. Por eso a veces yo intento cuando doy un taller tomarme un tiempo al final para hacer una reflexión de cómo se vivió, pero por falta de tiempo se termina acotándolos. Por eso creo que tiene que ver con eso, con repensar espacios."

Entrevista 6, Lic. en Terapia Ocupacional

(1 año de experiencia en área gerontológica)

6. El apoyo familiar (Entrevista 16)

"Y a veces la compañía de otro familiar, el apoyo de otro familiar en el caso de pacientes gerontológicos cuando uno se da cuenta que la compresión no es adecuada o es un poco más difícil."

Entrevista 16, Terapista Ocupacional

(30 años de experiencia en área gerontológica)

El protocolo mencionado anteriormente debe aplicarse teniendo en cuenta ciertas cuestiones que ayudan o dificultan la eficacia de la comunicación. Motivo por el cual se indagó acerca de cuáles creían que facilitaban la comunicación con la persona mayor. Siguiendo la teoría propuesta por Hernando Ibeas (2004) ninguna entrevistada mencionó algún elemento que facilita la comunicación, sino que las categorías se definieron según:

1. Mención de los aspectos del protocolo de comunicación efectiva (Entrevistas 1, 4, 5, 8, 10, 13, 15, 16)

"Que se sientan respetados y escuchados. La mayoría de los adultos mayores a veces no son escuchados, por lo cual el hecho de que uno se detenga un minuto a mirarlos, prestarles atención y escucharlos hace que eso sea importante."

Entrevista 1, Lic. en Terapia Ocupacional

(20 años de experiencia en área gerontológica)

"Que seas claro en el mensaje, que no utilices frases complejas, volver a repetir en caso de que no te entiendan. Principalmente ser clara."

Entrevista 4, Lic. en Terapia Ocupacional

(12 años de experiencia en área gerontológica)

"Poder ser empático con el otro, poder escucharlo de verdad, ¿estás atendiendo a lo que el otro te cuenta o estás pensando en qué le vas a contestar? Esa solidaridad en la escucha que a veces no pasa. Es un trabajo educar en esto de respetar, en tener cultura de respeto que incluya la diversidad y poder aceptar que el otro puede pensar distinto y que igual puede haber comunicación."

Entrevista 10, Lic. en Terapia Ocupacional

(26 años de experiencia en área gerontológica)

2. Interés por comunicarse (Entrevista 2, 6, 17, 18)

"El interés, la motivación, la apertura de ambos lados."

Entrevista 2, Lic. en Terapia Ocupacional

(9 años de experiencia en área gerontológica)

3. Importancia del entorno (Entrevista 7)

"El entorno, que puede ser un facilitador o una barrera, un obstaculizador."

Entrevista 7, Lic. en Terapia Ocupacional

(6 años de experiencia en área gerontológica)

4. Mención de varios aspectos, interés e importancia del entorno (Entrevista 9)

"La escucha, el tiempo. Primero hay que saber que hablamos con adultos mayores y uno habla fuerte, no gritar pero sí apostar la voz, y tratar de modular de una manera que se clara, con un tono de voz fuerte porque hay mucha hipoacusia. La actitud corporal, una actitud abierta, receptiva desde lo corporal. Yo puedo estar diciéndote una cosa y con el cuerpo otra, cuando no hay coherencia el mensaje queda distorsionado y la otra persona no entiende nada. La disposición del cuerpo en el espacio, por ejemplo yo trabajo con grupos, si vos querés que tu comunicación sea efectiva tenés que ubicarte en un lugar que todos te escuchen, para que el mensaje llegue a todos. En tercera edad vos tenés que ser clara, concreta, bien práctica y acompañar con los gestos, llamarlos por el nombre, la disposición del grupo, llamar la atención de ellos para que se callen y crear un clima para que el discurso llegue. Lo que es importante es esto, llamar a la escucha, el respeto a los tiempos, la importancia de valorizar a cada uno, la escucha, que se respete la palabra del otro, que se sientan escuchados. La empatía es básica.

Entrevista 9, Lic. en Terapia Ocupacional

(11 años de experiencia en área gerontológica)

5. Otros elementos (Entrevista 3, 11, 12, 14)

"El buen trato. Es fundamental."

Entrevista 3, Terapista Ocupacional

(10 años de experiencia en área gerontológica)

"El estar frente a frente."

Entrevista 11, Lic. en Terapia Ocupacional

(12 años de experiencia en área gerontológica)

Por otro lado, al indagar acerca de los elementos que dificultaban la comunicación con la persona mayor se hicieron algunas menciones a la teoría de Hernando Ibeas (2004), que pueden ser unificados en categorías más amplias, además de otras categorías que se excluyen de estos elementos. De mayor a menor mención estas son:

1. Deterioro o déficits de la persona mayor (Entrevistas 4, 5, 8, 10, 12, 13, 15, 18)

"Aspectos cognitivos de la población. Puede estar alterada la comprensión, el lenguaje, la memoria. Y también pueden estar afectados aspectos sensoriales, como trastornos auditivos o visuales."

Entrevista 4, Lic. en Terapia Ocupacional

(12 años de experiencia en área gerontológica)

2. Interpretación personal de los mensajes en función de actitudes y estereotipos propios (Entrevistas 7, 11, 14, 17)

"Dar por sentado cosas, prejuicios, preconceptos, de que es probable que le esté pasando esto y por eso tengo que responder esto."

Entrevista 7, Lic. en Terapia Ocupacional

(6 años de experiencia en área gerontológica)

3. Formas de comunicación del profesional, que implican los elementos mensaje mal estructurado o ambiguo, utilización de términos vagos o muy técnicos y no modular correctamente (Entrevistas 1, 6, 9)

"Hablar bajo, ser muy abstracto, a veces ellos necesitan ejemplos concretos, no mirarse cara a cara o a los ojos, no interpretar o decodificar el lenguaje no verbal."

Entrevista 9, Lic. en Terapia Ocupacional

(11 años de experiencia en área gerontológica)

4. Lugar o momento inadecuado (Entrevistas 2 y 16)

"Los ruidos, los obstáculos los estímulos inapropiados al momento."

Entrevista 2, Lic. en Terapia Ocupacional

(9 años de experiencia en área gerontológica)

5. Falta de predisposición para la comunicación (Entrevista 3)

"No dar el espacio de escucha, no fomentar el diálogo, no tener paciencia por parte del profesional, sea cual sea."

Entrevista 3, Terapista Ocupacional

(10 años de experiencia en área gerontológica)

Análisis de los datos anteriormente mencionados según el primer objetivo específico

"Describir diferencias en el conocimiento que poseen los/las Terapistas Ocupacionales y los/las Lic. en Terapia Ocupacional acerca de la comunicación efectiva según el dispositivo de atención gerontológica en el cual se desempeñan."

Las profesionales que conforman la muestra de esta investigación se desempeñan laboralmente en diversos ámbitos de Terapia Ocupacional en gerontología. Siendo mayormente los del ámbito sanitario las residencias geriátricas, los hospitales y clínicas privadas y la atención domiciliaria, y del ámbito sociosanitario los centros de día y los talleres privados. Esto podría significar que la mayoría de las personas mayores que asisten a estos dispositivos tengan un riesgo de patologías y deterioro funcional, y requieran de una atención de Terapia Ocupacional más relacionada a la prevención secundaria y terciaria.

La diferencia en cuanto al conocimiento de la comunicación efectiva según el ámbito de desempeño está asociada a las características de las personas mayores que en ellos se abordan. Según los datos que fueron aportando las entrevistadas, se puede visualizar que aquellas profesionales que trabajan en lugares relacionados a personas mayores institucionalizadas o con alguna patología cognitiva o sensorial, suelen referir que la efectividad de su comunicación se basa en adaptarse a las capacidades que tiene la persona mayor para comprender y por consiguiente responder adecuadamente. Esto puede ser visualizado con los siguientes ejemplos:

PREGUNTA: ¿Qué considera por comunicación efectiva?

"Tiene que ver con partir de un lenguaje vincular, comunicarme con el residente para poder optimizar un trabajo específico. Lo básico es lo vincular. Si no partís de un buen vínculo y de una buena comunicación con el paciente y con la familia no se lleva a cabo un buen abordaje. Lo importante es la parte vincular con el paciente, porque eso te da la base para una comunicación, para que la persona te entienda. En el caso de que esté muy demenciado hablar con la familia, trasladar esa comunicación, que está condicionada o frustrada por su nivel cognitivo, trasladarla a la familia, si es que existe."

Entrevista 3, Terapista Ocupacional

Desempeño en residencia geriátrica, atención domiciliaria y centro de enseñanza

(10 años de experiencia en área gerontológica)

PREGUNTA: ¿Qué aspectos dificultan la comunicación con la persona mayor?

"Por parte del adulto mayor a él le dificulta la no comprensión, no orientación en tiempo y espacio, la no compresión de determinadas consignas, la dificultad en el uso del lenguaje, otras alteraciones sensoriales como la audición, alguna falta de visión, deterioros que tienen que ver con su estado actual, por parte del él."

Entrevista 12, Lic. en Terapia Ocupacional

Desempeño en residencia geriátrica

(21 años de experiencia en área gerontológica)

Por el contrario, se pudo observar que las Terapistas Ocupacionales o Lic. en Terapia Ocupacional que laboralmente están más asociadas a ámbitos de prevención primaria, donde las personas mayores están atravesando un envejecimiento saludable, destacan que el énfasis en la comunicación está dado en la autocrítica de las mismas profesionales. Este análisis implica la existencia de una revisión más profunda de las formas de comunicación utilizadas y en los prejuicios acerca de la vejez que las entrevistadas traen consigo. Esto se puede ejemplificar con las siguientes respuestas:

PREGUNTA: ¿Qué cuestiones cree que facilitan la comunicación con la persona mayor?

"Propiciar la escucha activa entre ellos, que no hablen todos juntos, para poder manejar una información a la vez. También es una cuestión de ir transformando la manera de comunicarnos desde este modelo actual, que es muy individualista, donde uno quiere a veces comunicarse catárticamente, sin empatizar con lo que le sucede al otro."

Entrevista 10, Lic. en Terapia Ocupacional
Desempeño en atención primaria, talleres privados, fundaciones y asociaciones, y centros de enseñanza
(26 años de experiencia en área gerontológica)

PREGUNTA: ¿Qué aspectos dificultan la comunicación con la persona mayor?

"No ser consciente del otro como persona, ser independiente, un interlocutor válido. Esta cosa de individualidad de la otra persona como ser independiente, ser sujeto."

Entrevista 17, Lic. en Terapia Ocupacional

Desempeño en atención primaria y talleres privados

(17 años de experiencia en área gerontológica)

Es decir, que aquellas profesionales que abordan personas mayores con alguna patología o dificultad tienen más inconvenientes para desviar el enfoque de la enfermedad y el déficit, además de no contemplar a veces posibles fallas propias al momento de comunicarse. Cuestión menos visibilizada en las Terapistas Ocupacionales y Lic. en Terapia Ocupacional que trabajan a partir de un envejecimiento saludable, ya que pareciera ser que el hecho de que como la persona mayor es sana no puede ser el causante de la falla comunicativa y por ende el conflicto proviene de ellas mismas. Ninguno de los extremos es el adecuado, ya que para lograr la efectividad de la comunicación es importante que el profesional tenga en cuenta tanto las características de su interlocutor como las formas en que lleva a cabo el proceso comunicativo.

Análisis de los datos anteriormente mencionados según el segundo objetivo específico

"Describir diferencias en el conocimiento que poseen los/las Terapistas Ocupacionales y los/las Lic. en Terapia Ocupacional acerca de la comunicación efectiva según la experiencia y formación en gerontología y cultura de buen trato."

La muestra es muy heterogénea en cuanto a los años de experiencia profesional en el área de gerontología. Las profesionales de Terapia Ocupacional entrevistadas tienen una variable de uno a 32 años de experiencia laboral. Según Hawes Barrios & Corvalán Vásquez (2005), la experiencia genera en los profesionales conceptos acerca de la modalidad de desempeño y les brinda herramientas para mejorar el mismo. Sin embargo, los datos arrojados en esta investigación demuestran que a veces la falta de experiencia no interfiere a la hora de aprender nuevas teorías y formas de abordaje.

A partir del correlato entre los datos aportados en la entrevista y los años de ejercicio profesional, podría observarse que aquellas entrevistadas recientemente graduadas y con menor experiencia laboral en el área de la gerontología estaban más receptivas a realizar un análisis profundo de sus conocimientos en estos nuevos paradigmas acerca de la vejez, a revisar prejuicios propios, y sobre todo a las formas de comunicarse con las personas mayores. De igual manera no significa que las profesionales con menos experiencia conocen más sobre comunicación efectiva y buen trato. Esto puede ser ejemplificado con los siguientes relatos:

PREGUNTA: ¿Qué aspectos dificultan la comunicación con la persona mayor?

"Por un lado creo que la falta de formación en otros tipos de lenguaje, de comunicación, porque hay muchas formas de comunicarse. Siento que uno tiende a hablar con el que puede hablar y muchas otras personas que no tienen lenguaje verbal quedan totalmente afuera, no pueden acceder, se van ensimismando y después no hay forma de entrar por ningún lado. Tiene que ver con no tener información de formas alternativas de comunicarse. Por lo menos yo en la facultad no lo vi y es algo que se me dificulta mucho poder trabajar, acercarme, comunicarme."

Entrevista 6, Lic. en Terapia Ocupacional

1 año de graduada

(1 año de experiencia en área gerontológica)

PREGUNTA: ¿Qué aspectos de la comunicación considera importantes para trabajar en gerontología?

"La paciencia, la observación de ver de qué manera cada persona logra comunicarse mejor. Ver dónde está la dificultad en general, si es en lo auditivo, si es en lo visual, si tiene que ver con la comprensión. Yo creo que es descubrir en cada uno de qué manera te podés comunicar y por donde pasa el mensaje que te quieren transmitir."

Entrevista 5, Lic. en Terapia Ocupacional

4 años de graduada

(2 años de experiencia en área gerontológica)

Por otro lado también se puede ver reflejada esta cuestión tomando la formación específica del área de gerontología de las entrevistadas. Aquellas profesionales entrevistadas que están formadas teóricamente en gerontología tienen un mayor conocimiento de la cultura de buen trato y pueden aplicar algunos conceptos relacionados a la comunicación efectiva. De igual manera no es algo que pueda relacionarse directamente porque hay que tener en cuenta la subjetividad de cada persona. Algunas respuestas que reflejan esto son:

PREGUNTA: ¿Qué cuestiones cree que facilitan la comunicación con la persona mayor?

"Poder ser empático con el otro, poder escucharlo de verdad, ¿estás atendiendo a lo que el otro te cuenta o estás pensando en qué le vas a contestar? Esa solidaridad en la escucha que a veces no pasa. Es un trabajo educar en esto de respetar, en tener cultura de respeto que incluya la diversidad y poder aceptar que el otro puede pensar distinto y que igual puede haber comunicación."

Entrevista 10, Lic. en Terapia Ocupacional
Especialista en Gerontología Comunitaria e Institucional
(26 años de experiencia en área gerontológica)

PREGUNTA: ¿Qué aspectos de la comunicación te parecen importantes trabajar en cuanto a la gerontología?

"En principios los prejuicios, me parece que en eso hay mucho para trabajar, porque más allá que ha habido en este tiempo un cambio de paradigma desde lo verbal o desde lo semántico hay mucho prejuicio instalado dentro del propio viejo y en otros agentes de salud, en las familias. Me parece que trabajar o laburar los prejuicios alrededor de la vejez es un puntapié inicial para poder pensar en la comunicación."

Entrevista 14, Lic. en Terapia Ocupacional
Especialista en Gerontología Comunitaria e Institucional
(12 años de experiencia en área gerontológica)

Influencia de las características de las personas mayores en la comunicación

Para que la comunicación con la persona mayor sea efectiva, es importante tener en cuenta la existencia o no de determinadas características o situaciones que puedan interferir o facilitar la expresión, recepción y comprensión del mensaje. Siguiendo con lo planteado teóricamente por esta investigación se clasificaron en aspectos: físico, fisiológico y biológico, cognitivo, psicológico y emocional y sociológico. Se indagó acerca de las consideraciones que tenían de cada uno de ellos por separado. En cuanto al aspecto físico, fisiológico y biológico las principales categorías fueron:

1. Déficits sensoriales, auditivos y visuales de la persona mayor (Entrevistas 1, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 12, 13, 17, 18)

"En este caso, la dificultad que yo encuentro es cuando hay alguna pérdida sensorial, auditiva. Lo visual no te impide comunicarte, pero si a veces acá llegan personas con ceguera o baja visión y además hipoacusia o sordos totales, se complica y mucho buscar un intérprete."

Entrevista 13, Lic. en Terapia Ocupacional

(5 años de experiencia en área gerontológica)

2. Estado clínico de la persona mayor (Entrevistas 3 y 7)

"A veces se dificulta o condiciona mucho el estado clínico, si está muy deteriorado."

Entrevista 3, Terapista Ocupacional

(10 años de experiencia en área gerontológica)

3. La expresión gestual y no verbal (Entrevistas 2 y 11)

"Fijarse en las expresiones que hace cuando uno trata de comunicarle algo, por más que no te lo diga verle la cara si te entendió no te entendió, recalcarle a ver qué es lo que entendiste de lo que quiero decir."

Entrevista 11, Lic. en Terapia Ocupacional

(12 años de experiencia en área gerontológica)

4. Ninguna consideración en cuanto a este aspecto (Entrevistas 14, 15, 16)

"Yo no hago ninguna consideración con el adulto mayor, me manejo como con cualquier adulto, no me parece que tenga que hacer una consideración especial"

Entrevista 15, Terapista Ocupacional

(27 años de experiencia en área gerontológica)

En relación al aspecto cognitivo las mayores menciones fueron al nivel de comprensión y atención, a la existencia de deterioro cognitivo o patologías cognitivas, sobre todo la demencia, y en menor medida otras funciones cognitivas tales como memoria, orientación, lucidez y lenguaje. Por este motivo las categorías se seleccionaron de la siguiente forma:

1. Presencia de patología cognitiva en la persona mayor (Entrevistas 3, 4, 9, 11, 15, 16, 18)

"A mejor nivel cognitivo mejor el diálogo, porque hay feedback, hay ida y vuelta en cuanto a la respuesta. Si ya hablamos de demencias o patologías de base estás más condicionado. A menor nivel cognitivo menor es la capacidad de vínculo porque no hay tanta receptibilidad, y se debe buscar la información por fuera para establecer el vínculo desde otro lado."

Entrevista 3, Terapista Ocupacional

(10 años de experiencia en área gerontológica)

2. El grado de comprensión de la persona mayor (Entrevistas 1, 2, 6, 7, 12, 13, 17)

"El aspecto cognitivo no va a impedir, no por eso uno no va a comunicarse con la persona pero sí tener en cuenta el grado de comprensión, de entendimiento en ese momento."

Entrevista 7, Lic. en Terapia Ocupacional

(6 años de experiencia en área gerontológica)

3. El grado de atención de la persona mayor (Entrevistas 5 y 10)

"Yo creo que lo cognitivo trasciende la posibilidad de comunicarse. Si la persona tiene un deterioro muy grande lo que uno baja es el vocabulario o hace oraciones más cortas. Yo veo más la adaptación mía. En general lo atencional es fundamental, un tiempo de atención muy breve te hace dar cuenta que tenés que acortar. Pero lo cognitivo en general para la comunicación nunca me ha resultado un problema."

Entrevista 5, Lic. en Terapia Ocupacional

(2 años de experiencia en área gerontológica)

4. Varias funciones cognitivas en simultáneo (Entrevista 8)

"La atención fundamental, la lucidez, las percepciones, el lenguaje."

Entrevista 8, Lic. en Terapia Ocupacional

(16 años de experiencia en área gerontológica)

5. Ninguna consideración a este aspecto (Entrevista 14)

"Uno siempre se puede comunicar. Nosotros evaluamos constantemente personas que están con trastornos conductuales o cognitivos y la comunicación es efectiva igual, el mismo respeto, la misma escucha, más allá en las condiciones en las que vengan."

Entrevista 14, Lic. en Terapia Ocupacional

(12 años de experiencia en área gerontológica)

La pregunta acerca del aspecto psicológico y emocional reflejó las siguientes y variadas categorías:

- Existencia de patologías psiquiátricas (Entrevistas 3, 4, 5, 8)
- Estados de angustia (Entrevistas 14, 15, 18)
- Estabilidad emocional (Entrevistas 6, 7, 10)
- Estar atravesando un duelo (Entrevistas 11, 13, 16)
- Motivación e interés (Entrevistas 2 y 9)
- Existencia de redes sociales (Entrevista 12)
- La espiritualidad (Entrevista 17)
- Confianza en el profesional (Entrevista 1)

Por último, las indagaciones acerca del aspecto sociológico revelaron que aquellas cuestiones que pueden llegar a atravesar la comunicación con la persona mayor se pueden agrupar en las siguientes categorías:

1. La relación de la persona mayor con su familia (Entrevistas 2, 3, 4, 8, 17)

"Eso también es importante. Tenemos pacientes que tienen mucha problemática familiar, pacientes aislados que viven solos, que no pueden mantener una continuidad en el tratamiento."

Entrevista 4, Lic. en Terapia Ocupacional

(12 años de experiencia en área gerontológica)

2. La nacionalidad y procedencia de la persona mayor (Entrevistas 5, 7, 9, 14, 18)

"Eso es re importante. Muchos viejos con los que laburamos son italianos por ejemplo, o de otros lugares, y es fundamental conocer de dónde vienen porque si no uno después carece de herramientas para dar respuesta a eso."

Entrevista 5, Lic. en Terapia Ocupacional

(2 años de experiencia en área gerontológica)

3. La cultura alrededor de la vejez y los prejuicios (Entrevistas 6 y 10)

"Ahí está más complicado. Siento que todavía nos falta mucho desde lo profesional, desde lo personal, con respecto a cómo concebimos culturalmente a la vejez. Y ellos también incluso. Ellos mismos tienen una concepción de la vejez. Hablan de otros viejos, se quejan, de situaciones que tienen que ver con ellos, que les pasan también a ellos, pero como que lo ven de afuera. Es esta imagen o construcción del viejo enfermo, doblado y con bastón, con audífono,

que no puede hacer otra cosa que ir a un taller de estimulación cognitiva. Y ciertos aspectos quedan al margen, como la sexualidad, la espiritualidad, como que eso ya se perdió."

Entrevista 6, Lic. en Terapia Ocupacional

(1 año de experiencia en área gerontológica)

4. La historia de vida de la persona mayor (Entrevista 12)

"En la medida que ellos pueden proponer cosas, siempre van a involucrar su historia, su cultura, su interés y su formación académica, van a expresar y aportar cosas que realmente saben o vieron en su vida y otros por ahí van a tener más limitaciones, pero tener en cuenta fundamentalmente que ellos pueden aportar cosas, si desconocen y se interesan seguir informando y hacer búsquedas."

Entrevista 12, Lic. en Terapia Ocupacional

(21 años de experiencia en área gerontológica)

5. El nivel socioeconómico de la persona mayor (Entrevistas 1 y 16)

"Fundamental, nosotros en el hospital tenemos por suerte un servicio social que nos apoya y en caso de que necesitemos o veamos que está en riesgo social apoyarnos en ellos para hacer entrevistas, se conversa mucho en nuestra reunión de servicios cuando surgen esos problemas."

Entrevista 16, Terapista Ocupacional

(30 años de experiencia en área gerontológica)

Haciendo un análisis acerca de la importancia de tener en cuenta las características de la persona mayor como interlocutor en una comunicación desde todos los aspectos mencionados anteriormente, se puede observar que existe una tendencia a desviar el énfasis hacia la existencia de patologías de tipo sensorial, cognitiva y psiquiátrica. Si bien es importante tener en cuenta que en la vejez existen ciertos declives en el procesamiento sensorial y cognitivo que pueden ser propios de un envejecimiento saludable, estos no siempre implican patología.

En las respuestas de las entrevistadas se puede visualizar cómo surgen los prejuicios existentes acerca de las personas mayores, que implican una homogeneización de esta población. Algunos ejemplos de esto pueden ser que todas las personas mayores son sordas, que tienen demencia o que están depresivas. Esto sumado a que la mayoría no reconocen los prejuicios propios como una forma de obstaculizar la efectividad de la comunicación

Cómo se comunica el profesional con la persona mayor

La comunicación en el área de la salud, al igual que en otras áreas de desempeño humano, es una herramienta fundamental de trabajo que permite ejercer el desarrollo profesional de una forma adecuada y eficaz. Dentro de esta investigación se busca conocer cómo lleva a cabo la comunicación con las personas mayores en su práctica diaria el profesional de Terapia Ocupacional del área de gerontología. A partir de este planteo se seleccionaron preguntas del instrumento que denoten estas habilidades comunicativas, partiendo de los cinco elementos básicos que propone Hernando Ibeas (2004) por separado:

escucha activa, empatía, reforzar, especificar y describir y comprobar la comprensión.

Para conocer si las profesionales de Terapia Ocupacional entrevistadas realizaban una escucha activa en su quehacer laboral, se indagó acerca de si caían en el "síndrome del experto" o no, es decir si inferían una posible respuesta al problema antes de que la persona con la cual se están comunicando concluya su relato. La mayoría mencionó que no lo hace, y algunas mencionaron que si bien lo hacían sabían que no era lo correcto, y otras no lo interpretaron como un error en la escucha. Por este motivo las categorías fueron:

1. Si lo realiza (Entrevistas 3, 8, 4, 16)

"Si, uno lo va procesando, dejo que el adulto mayor termine su idea pero uno igual va elaborando un preconcepto."

Entrevista 8, Lic. en Terapia Ocupacional

(16 años de experiencia en área gerontológica)

2. Lo realiza pero sabe que no lo debería hacer (Entrevistas 1, 5, 9)

"Si, porque naturalmente en todos los diálogos me pasa, me anticipo. Pero eso es algo que tengo que trabajar, porque hay que escuchar. Por ahí pienso que me va a decir una cosa y me termina diciendo otra. Entonces uno tiene que frenar la ansiedad."

Entrevista 9, Lic. en Terapia Ocupacional

(11 años de experiencia en área gerontológica)

3. No lo realiza (Entrevistas 2, 6, 7, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 17, 18)

"No, no olvidate. ¿Por qué voy a hacer eso?"

Entrevista 15, Terapista Ocupacional

(27 años de experiencia en área gerontológica)

Retomando lo mencionado anteriormente, también es importante para lograr una escucha activa que el profesional tenga disposición y atención al recibir el mensaje, realizando señales verbales, paraverbales y no verbales que le aporten a la persona mayor la seguridad de estar siendo escuchado. Para visualizar esto se buscó conocer la opinión que tenían las mismas profesionales entrevistadas acerca de su propio lenguaje verbal, paraverbal y no verbal al momento de escuchar el relato de una persona mayor. En relación al lenguaje verbal surgieron las siguientes categorías:

1. Realizar alguna acotación o pregunta para mantener el diálogo (Entrevistas 1, 3, 4, 5, 6, 13, 14, 15, 16)

"En general repregunto para mantenerme en la conversación, para no perder el hilo. Trato de decir "¿cómo?",¿cómo era?, "¿me estás hablando de fulana?""

Entrevista 5, Lic. en Terapia Ocupacional

(2 años de experiencia en área gerontológica)

2. Escuchar en silencio (Entrevistas 2, 9, 11, 12, 17)

"Yo soy de escucharlos, dejarlos hablar a ver qué sucede y después si hay una necesidad que solicita o te quiere comentar bueno escuchar y ver que se puede hacer desde esta dirección."

Entrevista 11, Lic. en Terapia Ocupacional

(12 años de experiencia en área gerontológica)

3. Depende de las características del interlocutor (Entrevistas 7, 8, 10, 18)

"Trato de adaptarme mucho de con quien estoy comunicándome porque todas las personas son diferentes y por eso necesitan de uno la posibilidad de adaptarse y cambiar esa plasticidad para comunicarse. Creo que no hay una forma. Sí siento que soy de escuchar, de mirar, de acompañar el silencio."

Entrevista 8, Lic. en Terapia Ocupacional

(16 años de experiencia en área gerontológica)

Con respecto al lenguaje paraverbal las categorías fueron muy variadas:

- Elevan el tono en casos de problemas de audición (Entrevistas 5, 13, 15, 18)
- Se adapta a las características de la persona y el ambiente (Entrevistas 1, 4, 7, 9, 10, 12, 16)
- Siempre se utiliza el tono de voz alto (Entrevistas 3, 6, 14, 17)
- Siempre utiliza el mismo tono (Entrevistas 2, 8, 11)

Por último, las categorías que surgieron en torno al lenguaje no verbal de los profesionales se dividieron en dos, en aquellos que siempre utilizan lenguaje no verbal (contacto físico, mirada, gesticulaciones, postura y ubicación en el espacio) independientemente del interlocutor (Entrevistas 1, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 13, 14, 16, 17, 18), de aquellos que adaptan su lenguaje no verbal en base a la situación y a la persona mayor que les está relatando un problema (Entrevistas 2, 3, 9, 12, 15).

"Yo soy muy de acercarme a la gente, entonces por ahí tengo esa cosa de mirar a los ojos, de agarrarlos de la manos, yo soy del contacto."

Entrevista 11, Lic. en Terapia Ocupacional

(12 años de experiencia en área gerontológica)

"Es muy subjetivo, depende de la persona, cómo vos quieras establecer el vínculo con el paciente, y de lo que éste te permite. Algunos son muy toscos, están muy desorientados. En un primer momento hay que descomprimir la angustia y la ansiedad."

Entrevista 3, Terapista Ocupacional

(10 años de experiencia en área gerontológica)

La acción fisiológica de oír el discurso de un otro no implica que haya una escucha activa. Es por este motivo que el profesional debe utilizar ciertas señales en todos los tipos de comunicación, es decir incentivos verbales mediante frases o expresiones que motiven el dialogo, y señales no verbales

que le den al interlocutor la seguridad de estar siendo escuchado. Las entrevistadas logran identificar las acciones que realizan al momento de escuchar el relato de una persona mayor, sin embargo no se hace una correlación directa con la escucha activa. Por lo cual no es posible asegurar que las personas mayores se sientan escuchadas por parte de las profesionales al momento de presentarles una problemática.

Un paciente/usuario/cliente que siente por parte del profesional que se puede comunicar de forma efectiva y obtener información pertinente, creará un vínculo de mayor confianza con el mismo. Pero para que esto se dé, el profesional debe poder interpretar en su interlocutor la existencia o no de esta confianza. Al indagar acerca de esto todas las entrevistadas dijeron que sí. En cuanto a las cuestiones que notaban se pueden clasificar en las siguientes categorías:

1. Cuestiones no verbales (Entrevistas 1, 2, 4, 5, 6, 8, 9, 11)

"Siento el contacto, que es tan complicado entre las personas, si te tocan la mano, que te agarren para hablar, te abrazan, te miran diferente o no te miran."

Entrevista 6, Lic. en Terapia Ocupacional

(1 año de experiencia en área gerontológica)

2. Cuestiones verbales (Entrevistas 12, 14, 15, 16, 18)

"Si te brinda confianza noto que te cuenta, que te suele confiar cosas. Si, por ahí uno reconoce cuando el otro se siente cómodo, cuando te agradece,

cuando haces preguntas abiertamente porque sabe con la persona que va a encontrar respuesta. Acá una vez que empiezan a conocerte, empiezan a depositar determinada confianza para determinadas cosas."

Entrevista 12, Lic. en Terapia Ocupacional

(21 años de experiencia en área gerontológica)

3. La existencia o no de vínculo (Entrevistas 3, 10, 13)

"Que no hay vínculo, que no hay empatía. Notás que vincularmente con el otro no nos llevamos bien y es normal porque no le podemos caer bien a todas las personas. Vos vas viendo cómo es el otro, es un interjuego, vas percibiendo la estructura de personalidad de otro, los tiempos para que hable, para hacer una intervención. Eso te lo va dando los años."

Entrevista 10, Lic. en Terapia Ocupacional

(26 años de experiencia en área gerontológica)

4. Cuestiones verbales y no verbales (Entrevistas 7, 17)

"Mucho de lo que uno observa desde lo no verbal, desde la postura, el contacto visual, las preguntas de la otra persona. O cuando uno vuelve a ver a la persona y uno nota que el paciente retoma con algún tema, o si te transmite una necesidad básica."

Entrevista 7, Lic. en Terapia Ocupacional

(6 años de experiencia en área gerontológica)

Siguiendo con la teoría de Hernando Ibeas (2004), el siguiente elemento básico de la comunicación efectiva es la empatía, es decir la posibilidad de comprender los sentimientos y emociones del interlocutor aunque no sean compartidos. Una forma de conocer si los profesionales logran empatizar con las personas mayores con las cuales trabajan es indagando acerca de la respuesta automática que suelen dar al momento en que le presentan un problema a resolver, si tienden a rechazar o a reconfortar. En base a las respuestas de las entrevistadas las categorías se dividieron de la siguiente manera:

1. Aquellas que mencionaron utilizar ciertas frases (Entrevistas 1, 5, 7, 8, 10, 12, 13, 16)

"Trato de ordenarlos. Cuando vienen con muchas cosas generalmente digo "pasemos en limpio", "¿cuál es el peor problema y cual el menor?", "¿qué podemos hacer en cada caso?""

Entrevista 1, Lic. en Terapia Ocupacional

(20 años de experiencia en área gerontológica)

"En general le pregunto si puedo ayudar con algo. "Déjame averiguar", "déjame pensarlo". A veces también pasa por interpelar al otro, preguntarle qué le pasa con eso, qué posibles soluciones le ve. Bajar la ansiedad."

Entrevista 5, Lic. en Terapia Ocupacional

(2 años de experiencia en área gerontológica)

2. Aquellas que mencionaron no tener ninguna respuesta automática (Entrevistas 3, 9, 11, 14, 15)

"Yo soy bastante pragmática. Nunca doy falsas expectativas, no hago promesas que no puedo cumplir, siempre le indico lo que puede ser lo factible de realizarse. Cuando el problema no es de mi incumbencia lo derivo a otra área más específica para que encuentre la solución más próxima. En ese caso lo puedo guiar pero no puedo solucionar el problema."

Entrevista 3, Terapista Ocupacional
(10 años de experiencia en área gerontológica)

3. Aquellas que mencionaron que la respuesta dependía de la situación (Entrevistas 2, 4, 6, 17, 18)

"Depende de la circunstancia, obviamente que no estamos hablando de una situación de urgencia por que si se cayó o algo, largas todo para atenderlo. Pero muchas veces pasa que los principales problemas que te plantean son "no vienen mis hijos", "hace mucho que no me visitan", "no me trajeron la plata", algo que sabes que necesitan que pueden hablar por teléfono o quieren comunicarse con un familiar. Y si ves que en ese momento no hay nadie de trabajo social, que los auxiliares están ocupados y yo tengo que salir a coordinar un taller por ahí le busco la vuelta como para tranquilizarlo y decirle "después lo vemos", "ya lo vamos a resolver". También tenés casos que sabés que son conductas muy repetitivas."

Entrevista 18, Lic. en Terapia Ocupacional
(32 años de experiencia en área gerontológica)

Las expresiones que se utilizan de forma automática y por costumbre reflejan la falta de empatía para con los sentimientos de las personas mayores. Sin embargo se puede visualizar que la mayoría de las entrevistadas respondió en base a la posibilidad de solución que tendría o no el problema hipotético que se le planteaba en la pregunta. Es decir, que las respuestas automáticas estaban orientadas a la problemática y no a sentimientos de rechazo o confort para con la persona mayor. Esto podría deberse a que no se realiza un correlato entre las expresiones automáticas que suelen utilizar los profesionales con la posibilidad de empatizar; o bien, puede deberse a una falla en la formulación de la pregunta en la entrevista. Al no haber una observación directa del hecho no se puede objetivar ninguna hipótesis.

Además de la escucha activa y la empatía, para que la comunicación sea efectiva es importante que el profesional se asegure de comprobar la interpretación y la comprensión del mensaje a través de determinadas estrategias. En esta investigación se preguntó a las entrevistadas cuáles eran las que más utilizaban. La mayoría de las respuestas fueron relacionadas a estrategias directas para corroborar la comprensión, como pueden ser repetir, dar indicaciones por escrito o con dibujo, pedir que repitan lo que se informó y reformular. Y por otro lado, el resto de las entrevistadas lo relacionaron con la descripción y especificación de aquello que deseaban comunicar, es decir, la claridad y las características de la terminología utilizada. Algunos ejemplos de estas categorías pueden ser:

1. <u>Estrategias para corroborar la comprensión</u> (Entrevistas 1, 2, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 15, 16, 17)

"Muchas veces las vuelvo a reformular, qué es lo que interpretó de lo que yo le dije, que me diga qué fue lo que le pregunte."

Entrevista 8, Lic. en Terapia Ocupacional

(16 años de experiencia en área gerontológica)

"La repetición, reconsignar, ir variando la forma de describir la consigna."

Entrevista 9, Lic. en Terapia Ocupacional

(11 años de experiencia en área gerontológica)

2. Estrategias desde la descripción y especificación del mensaje (Entrevistas 3, 4, 6, 12, 14, 18)

"El tono de la voz, la claridad de las frases, las frases cortas, usar siempre frases similares, no cambiar permanentemente el tipo de frases, trato desde que la primer frase sea clara, no usar una frase compleja que después tengo que cambiarla por otra y después por otra para darme cuenta que tengo que llevarla a una más simple, sino una vez interpretado en nivel cognitivo de la persona, principalmente poder emitir una frase clara y corta, concreta."

Entrevista 12, Lic. en Terapia Ocupacional

(21 años de experiencia en área gerontológica)

"Ser concisa, clara, en lo posible hablar fuerte, modular, que podamos estar cerca físicamente, para que el paciente esté atento."

Entrevista 4, Lic. en Terapia Ocupacional

(12 años de experiencia en área gerontológica)

Una consecuencia de no explicar o describir correctamente lo que se desea transmitir es el fallo en la comunicación. La cuestión está en averiguar si este fallo fue responsabilidad del profesional o de la persona mayor. Algunas entrevistadas consideraron que el fallo era exclusivamente de las personas mayores, por falta de comprensión y memoria, o desgano. Otras que el error podía provenir de ambas partes según el caso. Y unas pocas mencionaron que siempre una falla en la comunicación es responsabilidad de la profesional, por no haber podido adaptar el discurso a las características del interlocutor. Por consiguiente las categorías quedaron conformadas de la siguiente manera:

1. Falla de la persona mayor (Entrevistas 1, 2, 3, 4, 8, 11, 13, 15, 16)

"No lo atribuyo a una falla que tenga que ver con el TO, sino que es una policausalidad volitiva de la persona."

Entrevista 3, Terapista Ocupacional

(10 años de experiencia en área gerontológica)

"Tal vez no entendió la consigna, estuvo pensando en otra cosa, estuvo desatento. También puede ser que el fallo al resolver la consigna se dé por una falla comprensiva o por deterioro del lenguaje."

Entrevista 4, Lic. en Terapia Ocupacional

(12 años de experiencia en área gerontológica)

2. Falla del profesional (Entrevistas 5, 12, 17)

"Puede tener que ver con una falla mía, de creer que esa persona la puede hacer, rara vez suelo dar una consigna verbal a alguna persona que sé que no la va a poder memorizar, uno siempre primero tiene todos los recursos (…). En principio trato de controlar todos los factores que tengan que ver con fallas mías. Las fallas comunes son si doy algo por escrito que pierdan el papel, si doy algo verbal que se olviden, no es lo habitual, porque cuando doy algo verbal, estoy totalmente segura que tienen memoria que lo va hacer. "

Entrevista 12, Lic. en Terapia Ocupacional

(21 años de experiencia en área gerontológica)

3. Falla de ambos (Entrevistas 6, 7, 9, 10, 14, 18)

"Según el caso. Si todos entendieron y una sola persona no entendió es algo personal. Si nadie entendió quiere decir que la falla la tuve yo, que no pude describir la consigna o no la supe adaptar."

Entrevista 9, Lic. en Terapia Ocupacional

(11 años de experiencia en área gerontológica)

"Miles de variables. Una puede ser que no te haya entendido, la otra puede ser que no te hayas sabido explicar, que se haya olvidado. Nosotros trabajamos acá con muchas personas con trastornos cognitivos entonces la declinación de las funciones juega su papel fundamental. Por eso uno lo que intenta son todos los medios de apoyo posible. Creo que tiene que ver con las

dos cosas, con que uno no se supo explicar, o no haya dado toda la información o que el otro no haya tenido la posibilidad de escucha."

Entrevista 14, Lic. en Terapia Ocupacional

(12 años de experiencia en área gerontológica)

Aquí también se puede observar una mirada negativa hacia la vejez, ya que la mayoría de las entrevistadas relacionaron la falla a un déficit de la persona mayor, cuando es importante tener en cuenta todas las variables a la hora de comunicarse. Es decir, que para lograr la efectividad de la comunicación el profesional debe poder hacer un análisis de las necesidades de la persona mayor y tenerlas en cuenta a la hora de aplicar las estrategias para corroborar la comprensión de la misma.

<u>Análisis de los datos anteriormente mencionados según el tercer objetivo específico</u>

"Indagar acerca de los aspectos de la comunicación efectiva que más utilizan los/las Terapistas Ocupacionales y los/las Lic. en Terapia Ocupacional en su hacer profesional."

Retomando con lo planteado por Hernando Ibeas (2004) los elementos básicos que hacen que una comunicación sea efectiva son: escuchar activamente, empatizar, reforzar, especificar y describir, y comprobar la comprensión. A través de varias preguntas de la entrevistas destinadas a estos

elementos se pudo recabar información que diera cuenta de cuáles tenían interiorizados y utilizaban las entrevistadas en su hacer profesional.

A grandes rasgos, los aspectos que mayormente mencionaron utilizar las profesionales de Terapia Ocupacional durante su quehacer profesional fueron la escucha activa, la empatía y la especificación y descripción. Aunque no siempre fueron denominados como tal, las respuestas a las diversas preguntas apuntaban a estos elementos. Considerando en menor medida la corroboración de la comprensión y el reforzamiento.

Al realizar un análisis más profundo de toda la información recabada se podría decir que al momento de indagar acerca de cuestiones teóricas de los conceptos, la escucha activa y la empatía surgían por parte de las entrevistadas. Sin embargo, se visualizó que en el resto de la entrevista donde se buscaba comprobar si las profesionales aplicaban estos conceptos teóricos en su desempeño laboral, se observó cierta falta de concordancia entre los aspectos teóricos mencionados con los aspectos prácticos de su hacer profesional. Es decir, que pareciera ser que los términos teóricos están más presentes en el saber de las profesionales que en su desempeño laboral.

PREGUNTA: ¿Qué considera usted por comunicación efectiva?

"Me suena a una comunicación útil, en dónde se interprete una necesidad real de la persona, donde haya escucha activa y una respuesta acorde a la necesidad."

Entrevista 7, Lic. en Terapia Ocupacional

(6 años de experiencia en área gerontológica)

PREGUNTA: ¿Cuáles cree que son los aspectos que hacen que una comunicación sea efectiva?

"Escucha atenta, empatía, interés, atención centrada en la persona."

Entrevista 2, Lic. en Terapia Ocupacional

(9 años de experiencia en área gerontológica)

PREGUNTA: ¿Cuándo entablas una conversación con la persona mayor, suele inferir una posible respuesta al tema antes que la persona concluya su relato?

"Si, si claro con 30 años de trabajar siempre en la misma área es como que uno se pone canchero, no quiere decir que no haya cosas que te van a descolocar, pero yo creo que esta institución tiene el aporte de la historia clínica que es fundamental igual en la situación de consulta acá adentro el paciente puede reaccionar de muchas maneras y eso lo tengo en cuenta y lo voy pensando."

Entrevista 16, Terapista Ocupacional

(30 años de experiencia en área gerontológica)

PREGUNTA: ¿Cuál es la respuesta automática que suele dar cuando una persona mayor le presenta un problema a resolver?

"Tirar para el positivismo, siempre."

Entrevista 9, Lic. en Terapia Ocupacional

(11 años de experiencia en área gerontológica)

Por otro lado, la descripción y especificación de aquello que se desea comunicar es un aspecto que sí se ve más reflejado a lo largo de todas las

entrevistas, por ser una cuestión más concreta que consideran relevante en su desempeño laboral.

El aspecto de comprobar la comprensión del interlocutor se menciona como uno de los menos utilizados porque no surgió espontáneamente en los relatos de las entrevistadas, sólo lo mencionaron al momento de indagar específicamente sobre qué recursos utilizaban para asegurarse la comprensión. Si bien todas refirieron variadas estrategias, muchas de las profesionales luego le otorgaron la falla en la comunicación a la persona mayor por falta de comprensión, sin reflexionar qué sucedió con esos recursos que mencionaron utilizar y con los cuales debían asegurarse que su interlocutor comprendiera el mensaje.

PREGUNTA: ¿Qué recursos utiliza para asegurarse la comprensión por parte de la persona mayor?

"La palabra y la escucha a veces se condicionan mucho por el nivel cognitivo, porque son personas que tienen un déficit, problemas de atención, de memoria, de registro. Por eso los recursos son hablar poco, claro y alto. Con un lenguaje adecuado al nivel de la persona en cuanto al grado de verbalización y educación, para que la comunicación sea más fluida."

Entrevista 3, Terapista Ocupacional

(10 años de experiencia en área gerontológica)

PREGUNTA: En caso de que la persona mayor no cumpla con una indicación dada por usted, ¿a qué le atribuye el fallo de la misma?

"No lo atribuyo a una falla que tenga que ver con el TO, sino que es una policausalidad volitiva de la persona. Los pacientes son convocados a los talleres, a veces tienen ganas y a veces no, y eso no tiene que ver con que el TO falle. Hay que registrar la falta de ganas, y ser persistente cuando es importante y lo puede beneficiar. Explicarle, hablar con la familia. Después es una decisión personal porque estamos hablando de gente adulta, no son chicos, siempre dentro de un entendimiento coherente, porque si tiene un nivel cognitivo muy bajo o está muy demenciado obviamente no podés darle una indicación a la persona."

Entrevista 3, Terapista Ocupacional
(10 años de experiencia en área gerontológica)

Por otro lado el reforzamiento fue el aspecto menos mencionado, que si bien no fue indagado en profundidad en esta entrevista, debería haber surgido por sí solo. Los profesionales de Terapia Ocupacional son agentes de salud y como tales deberían tener más en consideración, al momento de comunicarse con sus pacientes/clientes/usuarios, los reforzamientos positivos con el fin de generar pautas de comportamiento y hábitos saludables.

Comunicación y buen trato

En ocasiones suele suceder que la persona mayor que requiere de algún tipo de atención de salud concurre a la entrevista con un familiar. De ser ese el caso, el profesional se ve en la obligación de dirigir la comunicación hacia

alguno de los presentes. Cuando se les preguntó a las entrevistadas acerca de hacia quién se dirigen en este caso la mayoría respondió que se dirige a la persona mayor, y en menor medida que si están los dos en la entrevista se dirigen a los dos. Sin embargo, el hecho de que se dirijan a la persona mayor varía si la misma presenta una patología. Las categorías fueron conformadas de la siguiente forma:

1. Siempre se dirigen a la persona mayor (Entrevistas 1, 4, 6, 9, 10, 11, 15, 16)

"Hacia la persona mayor, obviamente. Siempre hago esperar al familiar afuera. Siempre los separo."

Entrevista 10, Lic. en Terapia Ocupacional

(26 años de experiencia en área gerontológica)

2. Se dirigen a ambos (Entrevistas 5, 7, 8, 12, 13)

"Hacia los dos. Pero sí no permito que se hable del adulto mayor como si no estuviera. Si es algo que el familiar no quiere hablar con el adulto mayor le pido que lo hablemos afuera, porque no son niños y tienen todo el derecho a saber."

Entrevista 5, Lic. en Terapia Ocupacional

(2 años de experiencia en área gerontológica)

3. Se dirigen a la persona mayor, pero en casos de patología se dirigen al familiar (Entrevistas 2, 3, 14, 17, 18)

"Si la evaluación es exclusiva es sólo para la persona mayor. Después se le pide al familiar que amplíe la información. En demencias muy severas o personas con ACV sí se habla con el familiar, porque se duda de la cognición del paciente."

Entrevista 2, Lic. en Terapia Ocupacional

(9 años de experiencia en área gerontológica)

La falta de consideración hacia la persona mayor a la hora de realizar una entrevista denota un mal trato, sobre todo teniendo en cuenta que esta misma persona es la que está requiriendo o necesitando el servicio de salud por parte del profesional. Partiendo del buen trato el profesional debería generar empoderamiento en sus pacientes/clientes/usuarios para que sean autónomos y puedan tomar sus propias decisiones.

Pese a que la mayoría de las entrevistadas respondieron que siempre se dirigen hacia la persona mayor, todavía se sigue teniendo en cuenta al familiar como un referente fuerte. Si bien es importante considerar el apoyo de las redes vinculares, permitir que el familiar sea el único o el mayor receptor sitúa a la persona mayor en un lugar de inferioridad, es infantilizado y se le niega el derecho a decidir por su propio bienestar.

<u>En qué contexto se comunica el profesional</u>

Uno de los elementos que pueden facilitar o dificultar la eficacia de la comunicación con la persona mayor es el encuadre en el que se desarrolla la

misma. Al indagar acerca de qué características tiene el encuadre donde se desempeñan laboralmente las entrevistadas, la mayoría determinó que presentaba interferencias ambientales, tales como el bullicio del mismo grupo, otras personas o profesionales que interrumpen y ruidos externos, y otras mencionaron que su encuadre era más bien tranquilo o por lo menos no reconocían que ciertos ruidos afectaran a la comunicación. Las categorías fueron divididas acorde a:

1. Encuadre con interferencias (Entrevistas 1, 7, 11, 14, 15, 17)

"Millones. Generalmente es en el consultorio. Suena el teléfono, alguien golpea la puerta, que eso es mi culpa y volvés a la comunicación. En lo grupal el ambiente físico, está bastante complicado, no hay ventanas hay que dejar la puerta abierta, entonces la circulación hace un montón de interferencia, acá se atiende todo tipo de personas. Tiene que ver con lo institucional. En los centros de jubilados también se daba el espacio compartido, la circulación de personas que interfiere. Que uno después intente sostener el encuadre y haga cosas para que interfiera lo menos posible, bueno, ahí está en las habilidades del coordinador."

Entrevista 14, Lic. en Terapia Ocupacional

(12 años de experiencia en área gerontológica)

2. Encuadre sin interferencias (Entrevistas 5, 6, 8, 10, 12, 18)

"No, son lugares tranquilos."

Entrevista 5, Lic. en Terapia Ocupacional

(2 años de experiencia en área gerontológica)

3. Existencia de interferencias dependiendo de la situación (Entrevistas 2, 3, 4, 9, 13, 16)

"Cuando se hace abordaje individual habitualmente no. En el tratamiento grupal si porque solemos trabajar con la puerta abierta y salen interferencias del ambiente, hablan en el pasillo, otros pacientes te hacen preguntas."

Entrevista 4, Lic. en Terapia Ocupacional

(12 años de experiencia en área gerontológica)

Además de tener en cuenta cómo se lleva a cabo el proceso comunicativo también son fundamentales las características del ambiente. Las formas de comunicación están íntimamente relacionadas al contexto, tanto el qué se dice, cómo se dice y los aspectos no verbales que lo acompañan dependen del contexto donde se llevan a cabo. En el caso de la relación T.O.-paciente/cliente/usuario las comunicaciones suelen ser dentro de un encuadre específico y profesional, que es controlado para optimizar las posibilidades de quien requiere de este servicio de salud. Si bien no siempre es posible un encuadre óptimo, el profesional debe buscar un ambiente que permita la efectividad de la comunicación.

Estrategias comunicativas en gerontología

Recapitulando toda la información recabada a lo largo de la entrevista se buscó que las profesionales de Terapia Ocupacional entrevistadas puedan

identificar aquellas estrategias que utilizan en su desempeño diario en el ámbito de gerontología para mejorar la comunicación con las personas mayores. Las respuestas fueron muy variadas, pero pueden dividirse en aquellas que implican cuestiones propias de la comunicación como la repetición, las estrategias visuales, el lenguaje claro y pausado, eliminar los estímulos que interfieren, tener un buen tono de voz y reforzar los mensajes. Y por otro lado aquellas estrategias que implican cuestiones referidas al estilo propio de cada profesional en su desempeño, como pueden ser trabajar la propia comunicación, la observación, explicar la necesidad de hablar y escucharse entre todos, favorecer la comunicación entre las mismas personas mayores, generar confianza, respetar la autonomía del otro y la comunicación interdisciplinaria. Algunos ejemplos de estas categorías son:

1. Estrategias referidas a la comunicación (Entrevistas 1, 2, 4, 5, 8, 12, 16, 17)

"Que la comunicación sea clara, que tenga todos los aspectos que uno quiere comunicar, que no se le complique a la persona mayor la comprensión. Combinar con estrategias visuales de papel, para reforzar el área comunicativa."

Entrevista 4, Lic. en Terapia Ocupacional

(12 años de experiencia en área gerontológica)

"El tratar de buscar el momento de silencio, que todas las personas que van a participar en una actividad grupal tengan acceso a la voz del coordinador,

que el coordinador tenga buena voz, el tipo de consigna que se da, que se garantice que todos entendieron la consigna."

Entrevista 12, Lic. en Terapia Ocupacional

(21 años de experiencia en área gerontológica)

2. Estrategias referidas al estilo propio del profesional (Entrevistas 3, 6, 7, 9, 10, 11, 13, 14, 18)

"Trabajar mi propia comunicación en lo personal. Para la comunicación y para cualquier otro tipo de intervención con los pacientes tiene que empezar con cómo uno lleva adelante estas cosas. Si uno no puede comunicarse con su pareja, familia, amigos, difícilmente vaya a hacerlo con otra persona, en este caso un paciente."

Entrevista 7, Lic. en Terapia Ocupacional

(6 años de experiencia en área gerontológica)

"Acá en lo institucional creo que es muy importante la comunicación interdisciplinaria, con los auxiliares geriátricos y lo que ellos te puedan ayudar para poder llevar adelante los objetivos que proponemos.

Entrevista 18, Lic. en Terapia Ocupacional

(32 años de experiencia en área gerontológica)

Análisis de los datos anteriormente mencionados según el cuarto objetivo específico

"Identificar las estrategias utilizadas por los/las Terapistas Ocupacionales y los/las Lic. en Terapia Ocupacional ante la dificultad en la comunicación con las personas mayores."

En los datos recabados de la investigación se puede denotar que las profesionales de Terapia Ocupacional entrevistadas reconocen la existencia de fallas o dificultades a la hora de comunicarse de manera efectiva con las personas mayores. Por este motivo todas presentaron una gran cantidad de estrategias que utilizan para evitar esto y mejorar la comunicación, que son diversas acorde al ámbito de desempeño, al tipo de abordaje que utilizan y a la propia subjetividad de la profesional. Las mismas no siempre son teóricas, y tienen mucha concordancia con la experiencia personal.

Al momento de indagar concretamente cuáles estrategias utilizaban preponderaron la repetición, las estrategias visuales, las características de su propio lenguaje, el tono de voz y generar un entorno y encuadre facilitador. Sin embargo a lo largo de toda la entrevista se pudo observar que surgieron otras cuestiones importantes a destacar que podrían ser estrategias pero que las profesionales no las consideraron como tal, que también impactan en la comunicación con las personas mayores y por ende deberían ser tomadas en cuenta. Estas están relacionadas con la importancia de la coherencia entre el lenguaje verbal y no verbal, el tiempo que se dedica a la comunicación, el propiciar espacios reflexivos con las mismas personas mayores, el respeto, la paciencia, posicionarse desde un lado más humano y rever prejuicios propios. Algunos ejemplos de esto son:

PREGUNTA: ¿Cuáles cree que son los aspectos que hacen que una comunicación sea efectiva?

"Poder dar un tiempo y un espacio, un lugar a que surja la comunicación, que sea fluida. El contacto, posicionarse desde otro lugar más humano y no tan altruista, como a veces nos posicionamos las TO."

Entrevista 6, Lic. en Terapia Ocupacional

(1 año de experiencia en área gerontológica)

PREGUNTA: ¿Qué cuestiones cree que facilitan la comunicación con la persona mayor?

"Poder ser empático con el otro, poder escucharlo de verdad, ¿estás atendiendo a lo que el otro te cuenta o estás pensando en qué le vas a contestar? Esa solidaridad en la escucha que a veces no pasa. Es un trabajo educar en esto de respetar, en tener cultura de respeto que incluya la diversidad y poder aceptar que el otro puede pensar distinto y que igual puede haber comunicación."

Entrevista 10, Lic. en Terapia Ocupacional

(26 años de experiencia en área gerontológica)

Haciendo un análisis de lo anterior, se puede suponer que las entrevistadas fueron muy concretas cuando se preguntó por las estrategias, basándose en sus propias experiencias como profesionales y en lo que realizan en su desempeño diario, y no contemplaron otros aspectos de la

comunicación más generales, aunque los hayan ido mencionando durante toda la entrevista. Es decir que hicieron hincapié en las acciones directas sin visualizar otras cuestiones más globales que también tienen en cuenta.

Otro aspecto importante a destacar, es que las entrevistadas mencionaron que la falla al momento de encontrar estrategias para comunicarse con las personas mayores estaba asociada a una falta de formación profesional en el ámbito de la gerontología en la carrera de grado. Pero que no era una cuestión que impidiera llevar a cabo su hacer profesional ni la posibilidad de generar estrategias comunicativas ante esta dificultad.

Acerca de la cultura de buen trato hacia las personas mayores

La comunicación efectiva es una de las implicancias de la cultura de buen trato, debido a que la comunicación es algo inherente al ser humano, y es a partir de ahí que se denota la mirada que se tiene del otro. Las personas mayores son una población propensa a sufrir malos tratos, inclusive por parte de los profesionales de la salud, debido muchas veces a la falta de conocimiento de cómo debe llevarse a cabo una buena comunicación basada en el respeto y el buen trato.

Siguiendo con este lineamiento se indagó acerca del conocimiento que tienen las profesionales de Terapia Ocupacional sobre la cultura de buen trato hacia las personas mayores. Si bien fueron muy pocas las entrevistadas que dijeron no conocerla, la mayoría mencionó que era algo de lo cual “sólo había escuchado nombrar” y que no estaba del todo interiorizada en el tema. De igual modo todas determinaron que la formación en esta área era relevante. Como

las respuestas al porqué de esta afirmación son muy subjetivas y amplias, no se realizaron categorías como una forma de enriquecer los aportes a esta investigación. Se seleccionaron algunos ejemplos de las respuestas más completas:

"Porque tiene que ver con poder conocer. A veces uno discrimina sin darse cuenta, sin saber. Por ejemplo hablando de sexualidad "mirá ese viejo, cómo va a estar de novio", y ¿por qué no?, si es una persona como vos, como yo, lo único que nos diferencia es la cantidad de años. Hay falta de educación al respecto. Los medios de comunicación toman a la persona mayor como tonto, que por sólo tener años es tonto, o que está olvidadizo. Hay que tener en cuenta las expresiones, lo que se dice. Empezar a escuchar lo que tienen para contar, que son importantes para ellos, no eso de que "no tiene importancia lo que el viejo tiene para decir". Hay una cuestión de asistencialismo, esperar que nuestros padres/abuelos nos dediquen tiempo, pero que ese tiempo sea compartido. Poder darles el tiempo que se merecen, como todos nos lo merecemos."

Entrevista 1, Lic. en Terapia Ocupacional

(20 años de experiencia en área gerontológica)

"No estoy formada en el tema pero sé que se ha trabajado mucho para respetar a las personas mayores, con sus tiempos, sus valores, los conocimientos que tienen. Y me parece que las TO y los profesionales que trabajamos en este área deberíamos acercarnos más a este tipo de formación, que tal vez la conocemos así por arriba, pero que no podemos desarrollar de manera fehaciente porque no estamos formados. Pero el buen trato a las

personas mayores me parece fundamental y creo que tiene que estar, como estuvo, dentro de las políticas a nivel de gestión de un país y creo que tiene que estar en la formación nuestra desde la universidad que me parece que no existe."

Entrevista 4, Lic. en Terapia Ocupacional

(12 años de experiencia en área gerontológica)

"Porque creo que culturalmente nos falta un montón, profesionalmente nos falta un montón, y en la ciudad de Mar Del Plata que tiene tantos adultos mayores falta un montón. No sólo profesionalmente, sino personalmente, hay muchos prejuicios instalados. Por lo menos a mí me pasa de haber podido modificar muchas cuestiones, cosas que ya tenía conmigo, no sé si porque se me fue dado culturalmente o si para mí ya es así. De la imagen que tenemos de los adultos mayores es de donde surge el trato para con ellos. Me parece que no tiene que ver con los TO o con los profesionales de la salud, nos tiene que interpelar a todos como sociedad, tiene que ir más allá. Porque todos podemos en algún momento de nuestra vida pasar tiempo con algún adulto mayor y además vamos a ser adultos mayores. Me parece que si lo conocemos el día de mañana podemos posicionarnos desde otro lado cuando nos toque estar en ese lugar."

Entrevista 6, Lic. en Terapia Ocupacional

(1 año de experiencia en área gerontológica)

"Porque acordaríamos criterios todas las personas que se acercan al adulto mayor. Nosotros que tenemos formación universitaria por ahí tenemos otras formas de vincularnos pero estaría bueno desde la persona que cocina, a la que limpia, a la que lo visita o todas las personas que entran. Sería importante para todos tener el mismo manejo, la misma forma de llegar a ellos."

Entrevista 12, Lic. en Terapia Ocupacional

(21 años de experiencia en área gerontológica)

"Me parece que las palabras anteceden a los actos, desde que se postuló ni una menos, hubo más femicidios que antes. Esto de hablar por la negativa a veces refuerza la cuestión. Entonces la intención de empezar a hablar de buen trato y eliminar mal trato, me parece que es un gran paso a poder empezar a ver todas las cuestiones que tiene que ver con lo bueno del envejecimiento. Poder empezar a hablar de buen trato, es de alguna manera derribar eso de poner el foco en lo negativo. Sí, me parece que hay que formarse en todos los aspectos de la gerontología. Son personas y hay que trabajar para eliminar prejuicios, posibilitar la sociedad para todas las edades."

Entrevista 14, Lic. en Terapia Ocupacional

(12 años de experiencia en área gerontológica)

"Porque todavía está esta visión tradicional, el contexto actual está plagado de prejuicios con las minorías, si esto no estuviera no estaríamos hablando de derechos así que me parece tan vigente trabajarlo, sensibilizar y concientizar. Trabajar muchísimo desde la convención. Y desde ellos mismos propiciar el buen trato. Entre todos nosotros, no solamente con los viejos. Buen trato entre todos y todas."

Entrevista 10, Lic. en Terapia Ocupacional

(26 años de experiencia en área gerontológica)

CONCLUSIONES

CONCLUSIÓN

Día a día las personas nos comunicamos con otras y en esta comunicación ponemos la subjetividad en cada palabra, cada gesto y cada sentimiento transmitido. Es algo tan cotidiano que se naturaliza, se piensa más en qué se dice, y no se hace un análisis profundo de cómo se lleva a cabo. Esto se refleja en la sorpresa e intriga que generó en las entrevistadas la temática de esta investigación. Y sumado a los datos aportados pudimos observar que la importancia que se le da a la comunicación en el desarrollo profesional varía según cada caso particular.

En respuesta a nuestro problema de investigación podemos decir que las profesionales de Terapia Ocupacional que se desempeñan en el área gerontológica poseen conocimientos de la comunicación efectiva, pero es un conocimiento más arraigado al sentido común que lo que implica teóricamente el concepto. Al momento de definir la comunicación efectiva las entrevistadas lograron una aproximación a la definición teórica, e inclusive a lo largo de toda la recopilación de datos se puede visualizar que reconocen los aspectos comunicativos. Sin embargo, ¿son conscientes de cómo llevan a cabo su comunicación diaria?, ¿son capaces de generar estrategias que permitan mejorar sus interacciones con las personas mayores que abordan?

Al hacer un análisis de estos interrogantes, y revisando nuestra experiencia personal al momento de hacer cada entrevista, tuvimos la sensación de que gran parte de las entrevistadas guiaron las respuestas en base a lo que suponían que debían contestar, y desviaban el enfoque del análisis de su propio desempeño laboral. Esto quizás se podría deber a que todas poseen una formación universitaria y la mayoría varios años de

experiencia, algunas inclusive son docentes. Ahora bien, ¿tienen herramientas teóricas para responder en base a lo que interpretaban del objetivo de esta investigación o se debe a una falla en la entrevista por falta de pericia de parte de las tesistas?

Siguiendo con esta reflexión pudimos observar que aquellas profesionales con menos años de experiencia se sinceraron más en cuanto a sus hábitos comunicativos y realizaron una mayor autocrítica al respecto. Inclusive, luego de la entrevista, se mostraron interesadas en la temática, hicieron indagaciones y solicitaban información acerca de esta investigación una vez finalizada. Diferente de aquellas profesionales con mayor experiencia, que en sus respuestas sugerían cómo debía ser la comunicación, y no cómo se comunicaban ellas. Debido a esta observación nos preguntamos ¿la experiencia podría ser un factor que interfiera en la adquisición de nuevas formas de abordaje?

La experiencia es un gran aporte al desempeño de cada profesional, pero no es lo único que debe tenerse en cuenta. Hay que considerar que las poblaciones cambian constantemente y hay que adaptarse a estos cambios para llevar a cabo un abordaje efectivo. Las profesionales que hoy en día llevan 30 años de experiencia laboral no trabajan con aquella población gerontológica del comienzo, y las Terapistas Ocupacionales o Lic. en Terapia Ocupacional recién graduadas tampoco van a trabajar con las mismas personas mayores de acá a 30 años. Por este motivo es fundamental la formación constante de nuevas teorías y paradigmas, para no perder de vista el objetivo de brindar a las personas mayores una mejor calidad de vida.

Asociado a esto surgió, por parte de las mismas entrevistadas, la falta de formación sobre gerontología en la carrera de grado. Esta ausencia de formación podría implicar una falta de reflexión sobre los discursos que tienen los profesionales de la salud para con las personas mayores, cuestión que debería trabajarse desde una perspectiva teórica con el fin de demostrar la importancia de aplicarlo a la práctica diaria. Para que el profesional tenga herramientas en su hacer profesional y así evitar cuestiones de negligencia en relación a los tratos en la comunicación.

Cuando se preguntó acerca de los marcos teóricos utilizados en su desempeño, varias mencionaron el paradigma de persona mayor como sujeto de derechos. Sin embargo, no se vio reflejada la aplicación de la teoría a lo largo de toda la entrevista en cuanto a los derechos de las personas mayores y las herramientas legales que los amparan. Ahora bien, es interesante preguntarse cuántos de estos conceptos teóricos son utilizados por las profesionales porque socialmente son una temática en auge, en comparación a cuánto conocen y aplican correctamente esta teoría. De igual manera es una temática que está en proceso de construcción lo cual implicaría que si bien los profesionales empiezan a incorporarlo todavía falta formación, información y conciencia social al respeto. También nos parece importante destacar que haya intenciones de empezar a incorporar este nuevo paradigma.

Otra cuestión que se visualizó a lo largo de toda la recopilación de datos obtenidos de las entrevistas fue que todas las profesionales, independientemente de la formación o experiencia, demuestran en algún momento una mirada más negativa de la vejez. Esto debido a que solían atribuir las fallas en la comunicación a características de la persona mayor

relacionado a déficits o patologías de diversos tipos, pero mayormente demencias, hipoacusia y depresión. Entonces nos preguntamos, ¿lo negativo limita la comunicación? ¿Qué pasaría si el enfoque se centrara en las posibilidades comunicativas de la persona mayor?

Una crítica que podemos hacer a la investigación es que si bien se cumplieron los objetivos, se podría complementar la entrevista con una observación directa del rol del Terapista Ocupacional o Lic. en Terapia Ocupacional, para que los datos tengan mayor veracidad y concordancia con la realidad cotidiana del quehacer profesional. Con el fin de evitar la subjetividad que tiene cada persona al hacer una autocrítica fehaciente de cómo se desarrolla realmente durante cada intervención laboral y corroborar objetivamente que se comunica tal como dice que lo hace.

Más allá del objetivo principal de esta investigación, se buscó seguir generando reflexión acerca de los prejuicios instalados, de la mirada que tenemos acerca de la vejez, tanto en el plano profesional como en el personal. Porque esta cuestión va más allá, nos atraviesa a todos como sociedad, y si bien se viene desarrollando desde hace ya varios años, para que se dé un cambio real de paradigma debemos poder ser generadores de conciencia. Es importante que los profesionales de Terapia Ocupacional, como todos los que integran el equipo interdisciplinario gerontológico, sean promotores del buen trato con otros profesionales, con las mismas personas mayores y con el resto de las personas en general.

Aunque los parámetros sociales están cambiando todavía nos encontramos con la persona mayor que no lucha por conocer sus posibilidades y naturaliza los malos tratos. Por eso consideramos que lo importante de

trabajar sobre estas temáticas no es sólo con el fin de aportar conocimiento para mejorar el desempeño profesional, sino para generar conciencia en la misma población de personas mayores. Aquellas personas mayores que estén empoderadas y conozcan sobre sus derechos no permitirán malos tratos, de parte de los profesionales ni de nadie, y serán autónomos de decidir acerca de sus propias vidas.

En conclusión, invitamos a nuevas generaciones a seguir investigando sobre estas temáticas, que son muy nuevas y se buscan imponer como modelos teóricos a seguir. Y abrimos un espacio de reflexión: ¿De qué forma nos comunicamos con las personas mayores? ¿Cómo concebimos la vejez? ¿Somos capaces de percibir los prejuicios que tenemos instalados en nuestro discurso? ¿Qué hacemos para deconstruirnos y ser mejores profesionales? La respuesta a estas preguntas está en cada uno y no es única y universal, pero el simple hecho de repensarlas abre camino a nuevos horizontes de la profesión.

SUGERENCIAS

Algunas sugerencias para futuras investigaciones

- Ampliar la muestra con profesionales de Terapia Ocupacional que se desempeñen en el área de gerontología en otras ciudades.
- Incorporar a la entrevista una observación directa del rol del profesional de Terapia Ocupacional, u otros instrumentos estandarizados que evalúen la comunicación del profesional de salud.
- Cambiar el enfoque hacia la consideración que tienen las personas mayores en cuanto a la comunicación que los profesionales de salud tienen para con ellos.

ANEXO 1: CARTA DE PRESENTACION Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

CARTA DE PRESENTACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Mar del Plata,……..2018

Iniciales y firma de la persona……..…….

TO – Lic. en TO

De nuestra mayor consideración:

Somos estudiantes avanzadas de la Carrera de Licenciatura en Terapia Ocupacional, de la Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Estamos intentando llevar a cabo nuestra tesis de grado para obtener el título profesional. Nuestro objetivo es *indagar acerca del conocimiento que poseen los/las Terapistas Ocupacionales y los/las Lic. en Terapia Ocupacional que se desempeñan en el área gerontológica acerca de la comunicación efectiva en relación a la cultura de buen trato*.

Es por esta razón que nos dirigimos a usted con el motivo de solicitarle autorización para una entrevista de una duración aproximada de 30 minutos. Las preguntas serán verbales y no implicarán ningún tipo de examen físico. Desde ya garantizamos el anonimato y la confidencialidad de los datos.

Sin otro particular, agradeciendo desde ya la atención que preste a nuestro pedido. Saludamos a Ud. atentamente.

Bragagnolo Abba, J. María Luz — Pezzino, Antonella

DNI: 35.563.406 — DNI: 38.155.266

ANEXO 2: INTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

Entrevista semi-estructurada para indagar el conocimiento de los/las Lic. en T.O. y/o T.O. acerca de comunicación efectiva respecto de la cultura de buen trato

Entrevista dirigida a T.O. y/o Lic. T.O. para obtener información acerca de qué conocimientos tienen los Terapistas Ocupacionales y/o Lic. en Terapia Ocupacional que se desempeñan en el área gerontológica acerca de la comunicación efectiva respecto de la cultura de buen trato

1. Años de graduado:
2. Años de ejercicio profesional:
3. Años de experiencia laboral en el área de gerontología:
4. ¿El área gerontológica fue elegida por necesidad laboral o por interés?
5. En qué ámbito de gerontología se desempeña actualmente:

5.1 Sanitario:

5.1.1 Hospitales Generales Públicos

5.1.2 Hospitales de Día Ambulatorios de Especialidades

5.1.3 Centros de Atención Primaria

5.1.4 Atención domiciliaria

5.1.5 Hospitales y Clínicas Privadas

5.1.6 Residencias geriátricas

5.1.7 Centros gerontológicos

5.1.8 Estancias diurnas

5.2 Socio-sanitario:

5.2.1 Ayuntamientos/Servicios sociales

5.2.2 Centros de día

5.2.3 Club de día

5.2.4 Talleres privados

5.2.5 Organizaciones No Gubernamentales (ONG)

5.2.6 Fundaciones y asociaciones

5.3 Educativo

5.3.1 Centros de enseñanza

5.3.2 Asociaciones

5.3.3 Bibliotecas y centros culturales

5.4 Docencia y asesoramiento

5.4.1 Innovación, investigación y desarrollo

5.5 Otros (mencionar cuál/les)

6. ¿Qué tipo de abordaje utiliza?
7. ¿Trabaja de manera interdisciplinaria? SI – NO. En caso afirmativo: ¿Con qué otros profesionales?
8. ¿Tiene formación específica del área gerontológica? SI – NO. En caso afirmativo: ¿Cuál?
9. ¿Qué marco de referencia utiliza para su desempeño profesional?
10. ¿Cuáles considera usted que son las funciones y/o incumbencias del TO/Lic. en TO que se desempeña en el área gerontológica?
11. ¿Qué considera usted por comunicación efectiva?
12. ¿Cuáles cree que son los aspectos que hacen que una comunicación sea efectiva?
13. ¿Qué aspectos de la comunicación considera importantes para trabajar en gerontología?

14. ¿Qué cuestiones cree que facilitan la comunicación con la persona mayor?
15. ¿Qué aspectos dificultan la comunicación con la persona mayor?
16. ¿Qué características considera importante tener en cuenta durante la comunicación con las personas mayores en los siguientes aspectos:
    - 16.1 Aspecto físico-fisiológico-biológico?
    - 16.2 Aspecto cognitivo?
    - 16.3 Aspecto psicológico y emocional?
    - 16.4 Aspecto sociológico?
17. Cuando entabla una conversación con una persona mayor, ¿suele inferir una posible respuesta al problema antes de que la persona concluya su relato?
18. Al momento de escuchar el relato de una persona mayor, ¿usted qué considera que expresa con respecto a su lenguaje verbal?
    - 18.1 ¿Y con respecto a su lenguaje paraverbal?
    - 18.2 ¿Y al no verbal?
19. ¿Es capaz de notar la confianza o desconfianza en su interlocutor? ¿Qué cuestiones son las que nota?
20. ¿Cuál es la respuesta automática que suele dar cuando una persona mayor le presenta un problema a resolver?
21. ¿Qué recursos utiliza para asegurarse la comprensión por parte de la persona mayor?
22. En caso de que la persona mayor no cumpla con una indicación dada por usted, ¿a qué le atribuye el fallo de la misma?

23. Si una persona mayor que usted esté por entrevistar se encuentra con un familiar, ¿hacia quién se dirige?
24. ¿Qué características tiene el encuadre en el cual suele comunicarse con personas mayores? ¿Presenta interferencias ambientales?
25. ¿Qué estrategias utiliza en su desempeño laboral para mejorar la comunicación con la persona mayor?
26. ¿Conoce acerca de la cultura de buen trato hacia las personas mayores? SI – NO
27. ¿Considera relevante la formación en esta área? SI – NO

    27.1 ¿Por qué?

Fe de erratas

Página 10: en vez de "(…) declinamiento de las capacidades (…)" es "(…) **declive** de las capacidades (…)"

Página 11: en vez de "a partir de esto surge un nuevo paradigma (…)" es "a partir de esto **comienza a formularse** un nuevo paradigma (…)"

Página 18: en vez de "Paradigma de persona mayor como sujeto de derecho" es "Paradigma de persona mayor como sujeto de **derechos**"

Página 19: en vez de "(…) sean tratados con igualdad y respeto de la dignidad humana." es "(…) sean tratados con igualdad y respeto **a** la dignidad humana."

Página 25: en vez de "El envejecimiento poblacional es un hecho que se viene desarrollando hace varios años (…)" es "El envejecimiento poblacional **se está desarrollando** hace varios años (…)"

Página 34: se elimina la frase "y todo aquello que contribuye a que las personas vivan por más tiempo.", dejando el punto y aparte luego de "social"

Página 47: en vez de "(…) y la creación de la Convención Interamericana (…)" es "(…) y **el proceso de formulación** de la Convención Interamericana (…)"

Página 76: se elimina el criterio de exclusión.