

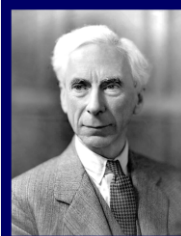
INSTITUTO COLOMBIANO DE ENDODONCIA



Conferencia de actualidad
Febrero 22-2026

www.incoendo.com

Comunicación verbal de pacientes mayores en
interacciones con personal de atención primaria.
Presentación y Análisis Crítico



Bertrand A.W. Russell
(1872-1970)

"Que te ignoren, que te
ataquen, que te
cuestionen, pero que
nunca te silencien..."

Filósofo, matemático, lógico y escritor británico
Premio Nobel de Literatura-1950

Tipo de publicación: Artículo de conferencia

Goulding R, Bower P, Blakeman T, Peters S. Older Patients' Verbal Communication in Interactions With Primary Care Staff: A Qualitative Systematic Review and Meta-Ethnography. Health Expect. 2025 Oct;28(5):e70355. doi: 10.1111/hex.70355. PMID: 40874530; PMCID: PMC12392129.



Autor-Presentación:

Jorge Orlando Cortés Torres
Profesor Asociado de la Facultad de
Odontología.
Departamento de medicina oral, ciencias
básicas y cirugía.
Universidad Nacional de Colombia, Bogotá
D.C., Colombia – Sur América
Correspondencia: jocortest@unal.edu.co
incoendo@gmail.com

Odontólogo (1983); Especialista en Endodoncia (1988); Magister Evaluación en Educación (1999); Diplomado en Urgencias Odontológicas Ambulatorias (2012); Diplomado de entrenamiento de Implantología Básica y Avanzada (2013); Diplomado en Implantes. Par académico del Ministerio de Educación Nacional; Profesor fundador de cinco postgrados de Endodoncia de los cuales, dos como creador y director.
Autor de 12 libros de Endodoncia. Práctica clínica Institucional (Fuerza Aérea Colombiana durante 20 años) y práctica clínica desde la graduación en 1983.
Profesor universitario en varias universidades de forma ininterrumpida desde 1986.

Formato y metodología:

Se ha tomado como base la publicación de Goulding R., et al. Bower P, Blakeman T, Peters S. Older Patients' Verbal Communication in Interactions With Primary Care Staff: A Qualitative Systematic Review and Meta-Ethnography. Health Expect. 2025 Oct;28(5):e70355

Se han mantenido los conceptos literalmente iguales a su publicación en el idioma original. Para evitar confusión, los análisis e intervenciones (**argumentadas con referencia científica verificable**) del profesor JO. Cortés-Torres van precedidos y finalizados como se explica a continuación indicando el inicio y fin del comentario y con fondo de color en el texto.

Los casos clínicos presentados (todos del profesor JO Cortés-Torres) han sido con el consentimiento informado del paciente que permiten recrear y comprender un poco mejor la presentación.

Comentarios JO Cortés-Torres

Fin de los comentarios JO Cortés-Torres

Affiliations

1 Division of Musculoskeletal and Dermatological Sciences, School of Biological Sciences, Faculty of Biology, Medicine and Health, The University of Manchester, Manchester, UK.

2 NIHR School for Primary Care Research, School of Health Sciences, Manchester Academic Health Science Centre, The University of Manchester, Manchester, UK.

3 Manchester Centre of Health Psychology, School of Health Sciences, Manchester Academic Health Science Centre, The University of Manchester, Manchester, UK.

Resumen

Antecedentes: La comunicación entre pacientes y personal es un componente crucial para una atención médica segura y eficaz.

A medida que las personas envejecen, tienen más consultas y estas se vuelven más complejas. Por lo tanto, las personas mayores pueden ser más propensas a experimentar lagunas y fallos en la comunicación.

Objetivo: Desarrollar una mejor comprensión de la comunicación de las personas mayores en sus interacciones con el personal de atención primaria, así como de las barreras y los factores que la facilitan.

Estrategia de búsqueda: Se realizaron búsquedas en **cuatro bases de datos**. Los términos de búsqueda abarcaron la muestra (personas mayores), el dominio (comunicación verbal en las interacciones sanitarias), el contexto (atención primaria) y el tipo de investigación (investigación cualitativa).

Extracción y síntesis de datos: Un investigador siguió un enfoque metaetnográfico, con la colaboración del equipo en su conjunto.

Se incluyeron doce estudios. Se extrajeron detalles de los diseños, los participantes, los métodos y los resultados. Los datos se sintetizaron mediante traducción recíproca y se desarrolló una línea argumental.

Resultados principales: Se encontraron barreras a la comunicación en relación con la formulación y el tratamiento de inquietudes.

Las barreras surgieron de la percepción de los pacientes sobre su rol, la naturaleza de su relación con el personal, la percepción de responsabilidad de los pacientes y el personal, y la reticencia a abordar un tema, factores individuales como la memoria, la respuesta del personal ante inquietudes y el grado de participación del paciente en las consultas.

Los posibles facilitadores de la comunicación fueron la preparación y el apoyo de la familia o los compañeros.

Conclusiones: La síntesis de la literatura cualitativa existente sobre la comunicación de las personas mayores en las interacciones sanitarias **permitió identificar barreras y facilitadores** que pueden utilizarse para fundamentar el desarrollo de una intervención destinada a mejorar la comunicación con el personal de atención primaria.

Contribución del paciente o del público: Al identificar la comunicación sanitaria como el tema más importante para la seguridad del paciente de las personas mayores con múltiples enfermedades crónicas en atención primaria y al establecer el alcance de la revisión, los pacientes y el público participaron en el diseño del estudio. Cuatro colaboradores públicos (personas mayores con múltiples enfermedades crónicas y cuidadores de personas mayores con múltiples enfermedades crónicas) asistieron a reuniones periódicas, aportaron sus reflexiones sobre los hallazgos del estudio y apoyaron la interpretación de los datos.

1. Introducción

La comunicación entre pacientes y personal es un componente crucial para una atención médica segura y eficaz.

- G. Daker-White, R. Hays, J. McSharry, et al., "Blame the Patient, Blame the Doctor or Blame the System? A Meta-Synthesis of Qualitative Studies of Patient Safety in Primary Care," PLoS One 10, no. 8 (2015): e0128329, <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0128329>

- D. Roter, Doctors Talking With Patients/Patients Talking With Doctors: Improving Communication in Medical Visits, 2nd ed. (Praeger, 2006).

JUSTIFICACIÓN

Es importante para el diagnóstico y el tratamiento, y se asocia con los resultados físicos y psicológicos, así como con la satisfacción con la atención [3, 4, 5].

PROBLEMAS DE COMUNICACIÓN

Los **problemas de comunicación** pueden hacer que los pacientes se sientan desamparados, desvalorizados e inseguros [6, 7].

La comunicación es fundamental en la mayoría de las demandas por negligencia médica.

- Huntington B, Kuhn N. Communication gaffes: a root cause of malpractice claims. Proc (Bayl Univ Med Cent). 2003 Apr;16(2):157-61; discussion 161. doi: 10.1080/08998280.2003.11927898. PMID: 16278732; PMCID: PMC1201002.

EN ATENCIÓN PRIMARIA

En **atención primaria**, las tasas de consulta aumentan con la edad, y la mayoría de las consultas con personas mayores de 65 años **se consideran complejas**.

- T. K. Mukhtar, C. Bankhead, S. Stevens, et al., "Factors Associated With Consultation Rates in General Practice in England, 2013–2014: A Cross-Sectional Study," *British Journal of General Practice* 68, no. 670 (2018): e370–e377, <https://doi.org/10.3399/bjgp18X695981>.
- C. Salisbury, S. Lay-Flurrie, C. R. Bankhead, et al., "Measuring the Complexity of General Practice Consultations: A Delphi and Cross-Sectional Study in English Primary Care," *British Journal of General Practice* 71, no. 707 (2021): e423–e431, <https://doi.org/10.3399/BJGP.2020.0486>.

EN CONTEXTO DE ENVEJECIMIENTO

En el **contexto del envejecimiento** y otras enfermedades diagnosticadas, **es más probable** que surjan problemas de comunicación, y los problemas de salud pueden normalizarse en lugar de reconocerse y abordarse [11, 12]. **Por lo tanto**, las personas mayores podrían ser las que más se beneficien de una mejor comunicación en la atención médica.

INVESTIGACIÓN

La investigación y los esfuerzos para mejorar la comunicación sanitaria suelen centrarse en el personal más que en el comportamiento de los pacientes.

Las medidas que miden el grado de atención centrada en el paciente en una consulta generalmente solo evalúan la contribución del personal [13], y los **enfoques desarrollados para mejorar la comunicación**, como CARE y BATHE se centran en ayudar al personal a conectar con los pacientes y obtener información de ellos.

CARE: Connecting, Assessing, Responding and Empowering (**Conectar, Evaluar, Responder y Empoderar**)

- Bicker AP, Mercer SW, Cotton P. Connecting, Assessing, Responding and Empowering (CARE): a universal approach to person-centred, empathic healthcare encounters. *Educ Prim Care*. 2012 Nov;23(6):454-7. PMID: 23232141.

BATHE: Background, Affect, Trouble, Handling and Empathy (**Antecedentes, Afecto, Problemas, Manejo y Empatía**)

- J. A. Lieberman and M. R. Stuart, "The BATHE Method: Incorporating Counseling and Psychotherapy Into the Everyday Management of Patients," *Primary Care Companion for CNS Disorders* 1, no. 2 (1999): 35–38.

Sin embargo, al explorar por qué algunos pacientes expresan opiniones e inquietudes, y hacen preguntas más que otros, Street *et al.* descubrieron que estos comportamientos eran **predominantemente iniciados por el paciente**.

- Street RL Jr, Gordon HS, Ward MM, Krupat E, Kravitz RL. Patient participation in medical consultations: why some patients are more involved than others. *Med Care*. 2005 Oct;43(10):960-9. doi: 10.1097/01.mlr.0000178172.40344.70. PMID: 16166865.

PARTICIPACIÓN DEL PACIENTE

La importancia de la **participación del paciente** en las interacciones sanitarias es cada vez más reconocida NHS England. "Five Year Forward View," (2014), <https://www.england.nhs.uk/publication/nhs-five-year-forward-view/>

Y se considera el ámbito más importante, y **sin embargo menos comprendido**, para la seguridad del paciente.

- T. Lamont and J. Waring, "Safety Lessons: Shifting Paradigms and New Directions for Patient Safety Research," *Journal of Health Services Research & Policy* 20, no. 1S (2015): 1–8, <https://doi.org/10.1177/1355819614558340>, <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1355819614558340>

Si bien algunas intervenciones para **mejorar la comunicación sanitaria** de los pacientes aumentan la expresión de inquietudes, la formulación de preguntas y la participación general, otras no han tenido ningún impacto [19, 20].

☞ Las razones de esto no se comprenden del todo.

Los autores de una revisión sistemática [D'Agostino TA, *et al*, 2017] señalaron que muy pocas intervenciones se basaban en la teoría, y se requería más investigación para fortalecer la evidencia y comprender mejor las perspectivas de los pacientes sobre la comunicación y las barreras que la impiden.

▪ D'Agostino TA, Atkinson TM, Latella LE, Rogers M, Morrissey D, DeRosa AP, Parker PA. Promoting patient participation in healthcare interactions through communication skills training: A systematic review. *Patient Educ Couns*. 2017 Jul;100(7):1247-1257. doi: 10.1016/j.pec.2017.02.016. Epub 2017 Feb 16. PMID: 28238421; PMCID: PMC5466484.

REVISIONES SISTEMÁTICAS

Muy pocas **revisiones sistemáticas** se han centrado en la comunicación de las personas mayores en la atención médica.

2007. Una revisión (Wetzels R. *et al*, 2007) encontró **solo tres intervenciones** destinadas a mejorar la comunicación verbal de las personas mayores con el personal de atención primaria.

▪ Wetzels R, Harmsen M, Van Weel C, Grol R, Wensing M. Interventions for improving older patients' involvement in primary care episodes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007 Jan 24;2007(1):CD004273. doi: 10.1002/14651858.CD004273.pub2. PMID: 17253501; PMCID: PMC7197439.

2001. Una brindó apoyo eficaz a los pacientes para que proporcionaran información y formularan preguntas.

▪ Cegala DJ, Post DM, McClure L. The effects of patient communication skills training on the discourse of older patients during a primary care interview. *J Am Geriatr Soc*. 2001 Nov;49(11):1505-11. doi: 10.1046/j.1532-5415.2001.4911244.x. PMID: 11890590.

2.000. Diseñada para empoderar a los pacientes y aumentar su participación, encontró que los pacientes capacitados estaban más satisfechos con los aspectos interpersonales de las interacciones.

▪ Tennstedt SL. Empowering older patients to communicate more effectively in the medical encounter. *Clin Geriatr Med*. 2000 Feb;16(1):61-70, ix. doi: 10.1016/s0749-0690(05)70008-2. PMID: 10723618.

Sin embargo, existía la **posibilidad de sesgo** en estos estudios debido a problemas con el tamaño de la muestra y la ocultación de la asignación [Wetzels R, Harmsen M, Van Weel C, Grol R, Wensing M., *Cochrane Database Syst Rev*. 2007].

2019. En un esfuerzo por identificar intervenciones más recientes, una revisión posterior [Butterworth JE, *et al*, *Cochrane Database Syst Rev*. 2019] **se centró en personas mayores** con múltiples enfermedades crónicas.

▪ Butterworth JE, Hays R, McDonagh ST, Richards SH, Bower P, Campbell J. Interventions for involving older patients with multi-morbidity in decision-making during primary care consultations. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019 Oct 28;2019(10):CD013124. doi: 10.1002/14651858.CD013124.pub2. PMID: 31684697; PMCID: PMC6815935.

Se encontraron tres estudios adicionales cuyo objetivo era aumentar la participación de los pacientes en la toma de decisiones durante las consultas de atención primaria.

A pesar de brindar capacitación a los pacientes mediante talleres y coaching individual, y animarlos a pensar en lo que querían discutir, **ninguno de estos estudios informó sobre las conductas de comunicación** de los pacientes como resultado.

Por lo tanto, a pesar de su potencial, **persiste una escasez** de intervenciones para personas mayores, desarrolladas a partir de una sólida base teórica y empírica, e investigación de alta calidad en este ámbito [19, 21, 24].

El estudio que se presenta aquí forma parte de un programa de investigación más amplio diseñado para desarrollar una intervención que empodere a las personas mayores, mejore la comunicación en atención primaria y reduzca los riesgos para la seguridad del paciente.

Se sigue un enfoque teórico, empírico y personal, que enfatiza el uso de la investigación cualitativa para garantizar que las intervenciones respondan a las necesidades.

▪ Yardley L, Morrison L, Bradbury K, Muller I. The person-based approach to intervention development: application to digital health-related behavior change interventions. J Med Internet Res. 2015 Jan 30;17(1):e30. doi: 10.2196/jmir.4055. PMID: 25639757; PMCID: PMC4327440.

UN PRIMER PASO es establecer la base empírica existente y comprender mejor el comportamiento relevante.

La información sobre la comunicación de las personas mayores en el ámbito sanitario puede obtenerse de diversas fuentes, como la observación de las interacciones y los recuerdos de los participantes, incluidos los pacientes, el personal y otras personas presentes.

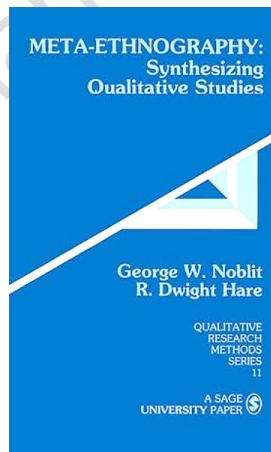
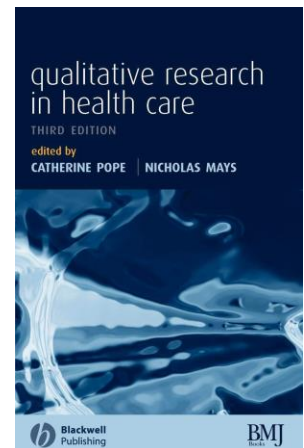
4. Discusión

4.1. Resumen de Resultados y Comparación con Otra Literatura

Nos propusimos **investigar la comunicación verbal** de las personas mayores en sus interacciones con el personal de atención primaria mediante una metaetnografía y la recopilación de literatura cualitativa relevante.

G. Noblit and R. D. Hare, Meta-Ethnography: Synthesizing Qualitative Studies (Sage Publications Inc., 1988), <https://methods-sagepubcom.manchester.idm.oclc.org/book/meta-ethnography>

N. Britten and C. Pope, "Chapter 3: Medicine Taking for Asthma: A Worked Example of Meta-Ethnography," Synthesizing Qualitative Research: Choosing the Right Approach, 1st ed. (BMJ Books, 2011), 41–57.



Se identificaron **dos aspectos clave** de la comunicación que pueden verse obstaculizados durante estas interacciones: **plantear inquietudes y abordarlas**.

- Se identificaron barreras en relación con cada uno, así como percepciones sobre qué comportamientos comunicativos son aceptables y cómo se podría facilitar la comunicación.
- Tanto los pacientes como el personal mostraron preocupación por plantear un tema que pudiera amenazar su relación y podrían esperar a que el otro lo hiciera.
- Si bien ningún tema se identificó como inapropiado, la reticencia mutua provocó que algunas inquietudes no se plantearan.
- Los **retrasos en plantear inquietudes pueden poner en peligro** la salud y la seguridad de los pacientes y tienen el potencial de generar animosidad en una relación, en lugar de evitarla [55, 59].

Cuando se plantean inquietudes, **es importante garantizar que se aborden**.

Cuando los pacientes sienten que no se les ha escuchado y sus inquietudes se minimizan o se desestiman, esto puede amenazar su sensación de seguridad y afectar sus futuras conductas comunicativas, incluyendo la decisión de volver a consultar con un profesional de la salud.

▪ Rhodes P, McDonald R, Campbell S, Daker-White G, Sanders C. Sensemaking and the co-production of safety: a qualitative study of primary medical care patients. *Sociol Health Illn.* 2016 Feb;38(2):270-85. doi: 10.1111/1467-9566.12368. Epub 2015 Nov 6. PMID: 26547907.

▪ Hays R, Daker-White G, Esmail A, Barlow W, Minor B, Brown B, Blakeman T, Sanders C, Bower P. Threats to patient safety in primary care reported by older people with multimorbidity: baseline findings from a longitudinal qualitative study and implications for intervention. *BMC Health Serv Res.* 2017 Nov 21;17(1):754. doi: 10.1186/s12913-017-2727-9. PMID: 29162094; PMCID: PMC5697352.

Los dos posibles facilitadores de la comunicación identificados (preparación y apoyo) se centraron en empoderar a los pacientes para que plantearan sus inquietudes.

No está tan claro qué estrategias, si las hubiera, podrían ayudarlos a superar las barreras para abordarlas, las cuales, según esta revisión, se relacionan principalmente con el comportamiento del personal.

Sin embargo, las revisiones de intervenciones existentes han mostrado que es posible empoderar a los pacientes para que **asuman un rol más activo** y hagan más preguntas durante las consultas, y que estos pacientes obtengan más información [19, 21].

Una intervención, que también incluyó componentes centrados en el personal y la organización, reveló que los pacientes eran más propensos a reportar recibir atención relacionada con sus prioridades [60].

Sin embargo, **no quedó claro** qué aspecto de la intervención condujo a este cambio.

La conducta es compleja y está influenciada por diversos factores, como suposiciones, creencias, necesidades, intenciones, señales sociales y habilidades interpersonales.

▪ Salisbury C, Man MS, Bower P, Guthrie B, Chaplin K, Gaunt DM, Brookes S, Fitzpatrick B, Gardner C, Hollinghurst S, Lee V, McLeod J, Mann C, Moffat KR, Mercer SW. Management of multimorbidity using a patient-centred care model: a pragmatic cluster-randomised trial of the 3D approach. *Lancet.* 2018 Jul 7;392(10141):41-50. doi: 10.1016/S0140-6736(18)31308-4. Epub 2018 Jun 29. PMID: 29961638; PMCID: PMC6041724.

Es probable que la conducta comunicativa sea habitual y difícil de modificar, especialmente entre pacientes que perciben el curso de una interacción como algo fuera de su control [54, 62].

Desarrollar una mejor comprensión de las barreras y los posibles facilitadores de la comunicación es un primer paso importante para desarrollar una intervención eficaz para el cambio de conducta [25, 61].

4.2. Fortalezas y limitaciones

Al reunir estudios que abarcan diversos temas y utilizar diferentes métodos de recopilación y análisis de datos, **fue posible investigar simultáneamente** la naturaleza de la comunicación entre las personas mayores y el personal de atención primaria, y cómo esta podría verse limitada o facilitada.

Si bien los pasos de una metaetnografía están claramente definidos, la forma en que se llevan a cabo, en particular la forma en que se extraen, se organizan y recopilan los datos, varía [29, 44].

En 2015 (R. P. Lee, R. I. Hart, R. M. Watson, and T. Rapley, 2015) postularon que esto podría ser «inevitable» dada su naturaleza interpretativa y, por lo tanto, «creativa».

▪ R. P. Lee, R. I. Hart, R. M. Watson, and T. Rapley, "Qualitative Synthesis in Practice: Some Pragmatics of Meta-Ethnography," *Qualitative Research* 15, no. 3 (2015): 334–350, <https://doi.org/10.1177/1468794114524221>.

Si se hubiera abordado de otra manera, la síntesis podría haberse desarrollado y presentado de forma distinta. Sin embargo, los principales hallazgos y conclusiones podrían no haber cambiado [Dixon-Woods M, S *et al*, 2007].

- Dixon-Woods M, Sutton A, Shaw R, Miller T, Smith J, Young B, Bonas S, Booth A, Jones D. Appraising qualitative research for inclusion in systematic reviews: a quantitative and qualitative comparison of three methods. *J Health Serv Res Policy*. 2007 Jan;12(1):42-7. doi: 10.1258/135581907779497486. Erratum in: *J Health Serv Res Policy*. 2008 Jan;13(1):56. PMID: 17244397.

La naturaleza interpretativa de la **metaetnografía** y la necesidad de lecturas y traducciones repetidas de los estudios incluidos pueden hacer que este no sea un enfoque adecuado para abordar una literatura extensa [29, 44].

- Esto se tuvo en cuenta al refinar los criterios de inclusión y exclusión de la revisión.

Por lo tanto, se redujeron para centrarse en los informes con mayor probabilidad de ser conceptualmente ricos y realizar una contribución significativa a la síntesis.

Toye F, Seers K, Allcock N, Briggs M, Carr E, Barker K. Meta-ethnography 25 years on: challenges and insights for synthesising a large number of qualitative studies. *BMC Med Res Methodol*. 2014 Jun 21;14:80. doi: 10.1186/1471-2288-14-80. PMID: 24951054; PMCID: PMC4127190.

Cahill M, Robinson K, Pettigrew J, Galvin R, Stanley M. Qualitative synthesis: A guide to conducting a meta-ethnography. *British Journal of Occupational Therapy*. 2018;81(3):129-137. doi:10.1177/0308022617745016

Tras familiarizarse con la literatura disponible, en una modificación del protocolo original, se excluyeron los estudios sin pacientes participantes y aquellos que utilizaron análisis de contenido, y solo se incluyeron los estudios específicos de atención primaria.

Como resultado, el número de estudios identificados en esta revisión fue manejable.

Es posible que se hubiera podido obtener más información al incluir una literatura más amplia.

☞ **Aunque los temas variaron**, en algunos aspectos los estudios identificados fueron relativamente homogéneos.

- Se realizaron en países desarrollados
- Con pacientes predominantemente blancos
- Con estudios de secundaria o superiores.

Si bien la síntesis puede proporcionar una buena comprensión de la comunicación en esta población, **podría no ser válida para otras poblaciones**.

Si bien esto puede reflejar una falta de diversidad en la investigación, es posible que se hubiera identificado una gama más amplia de barreras y facilitadores si la búsqueda se hubiera extendido más allá de las publicaciones en inglés o si se hubieran incluido estudios centrados en las diferencias por idioma, etnia o cultura.

Por ejemplo, en algunas culturas, es más probable que las personas tengan un enfoque deferente al comunicarse con los médicos de cabecera, lo que puede resultar en que no se planteen ciertas preocupaciones de salud.

- Garrett CR, Gask LL, Hays R, Cherrington A, Bundy C, Dickens C, Waheed W, Coventry PA. Accessing primary health care: a meta-ethnography of the experiences of British South Asian patients with diabetes, coronary heart disease or a mental health problem. *Chronic Illn*. 2012 Jun;8(2):135-55. doi: 10.1177/1742395312441631. Epub 2012 Mar 13. PMID: 22414446.

Los estudios identificados se centraron en la comunicación entre pacientes y médicos de cabecera o enfermeras. No se encontraron estudios que incluyeran personal administrativo, como recepcionistas o gerentes de consultorio.

Esto podría deberse a la falta de investigación con estos grupos de personal, una deficiencia en la estrategia de búsqueda o la exclusión de estudios centrados en el acceso a la atención.

Esto último quedó fuera del alcance de esta revisión, pero sería una bibliografía interesante e importante para investigar a fin de identificar las barreras y los facilitadores de la comunicación con el personal de atención primaria antes y fuera de las consultas.

Investigaciones no específicas sobre personas mayores con MLTC-M han demostrado que los pacientes a veces ven al personal de recepción como guardianes, a pesar de sus esfuerzos por ayudar [64].

- Waheed W, Chew-Graham CA. Slaying the dragon myth: an ethnographic study of receptionists in UK general practice. Br J Gen Pract. 2013 Mar;63(608):e177-84. doi: 10.3399/bjgp13X664225. PMID: 23561784; PMCID: PMC3582976.

Un investigador experimentado en servicios de salud, con formación en psicología de la salud, dirigió todos los aspectos de este estudio.

Las conversaciones con el equipo de investigación más amplio, que incluía a un médico de cabecera y a un experto en comunicación sanitaria, influyeron en cada paso de la metaetnografía.

El hecho de que varios miembros del equipo llevaran a cabo pasos como la selección, la extracción y la traducción de datos podría haber aumentado aún más el rigor y la credibilidad de la síntesis [29, 36].

De forma adicional o alternativa, la validez de los constructos de tercer orden y la línea argumental podría haberse comprobado invitando a los autores de los estudios incluidos a revisarlos y proporcionar retroalimentación sobre ellos [45].

Como señalan Noblit y Hare (1988):

«Como todas las interpretaciones, una metaetnografía no es más que una «lectura» de lo estudiado.

G. Noblit and R. D. Hare, Meta-Ethnography: Synthesizing Qualitative Studies (Sage Publications Inc., 1988), <https://methods-sagepubcom.manchester.idm.oclc.org/book/meta-ethnography>.

Otras lecturas son posibles y deben fomentarse.

Sin embargo, todas las interpretaciones deben basarse en los textos que se van a sintetizar» (p. 40).

- G. Noblit and R. D. Hare, Meta - Ethnography: Synthesizing Qualitative Studies (Sage Publications Inc., 1988), <https://methods-sagepubcom.manchester.idm.oclc.org/book/meta-ethnography>.

Para garantizar que el análisis se basara en los estudios incluidos, se conservaron las palabras de los autores y se revisaron los informes para garantizar que no se hubieran sacado de contexto.

- Britten N, Campbell R, Pope C, Donovan J, Morgan M, Pill R. Using meta ethnography to synthesise qualitative research: a worked example. J Health Serv Res Policy. 2002 Oct;7(4):209-15. doi: 10.1258/135581902320432732. PMID: 12425780.

4.3. Implicaciones

Los resultados de esta revisión revelan que la comunicación en el ámbito sanitario podría mejorarse apoyando a los pacientes a prepararse para las interacciones, plantear sus inquietudes y participar activamente en las conversaciones y la toma de decisiones.

Sin embargo, los comportamientos comunicativos establecidos, arraigados en las creencias de los pacientes sobre su papel en una interacción y el impacto que su comportamiento podría tener en su relación con el personal, pueden ser difíciles de cambiar.

- Por ello, es posible que también sea necesario educar y persuadir a los pacientes sobre los beneficios de expresarse abiertamente y participar más activamente en las interacciones sanitarias.

Por lo tanto, una intervención centrada en el paciente para mejorar la comunicación en el ámbito sanitario probablemente deba ser multifacética, abordando diversas barreras comunicativas y haciéndolo de diversas maneras.

Esto concuerda con la recomendación de Anderson y Sharpe (1991) de que dichas intervenciones aborden una amplia gama de habilidades y comportamientos.

L. A. Anderson and P. A. Sharpe, "Improving Patient and Provider Communication: A Synthesis and Review of Communication Interventions," Patient Education and Counseling 17, no. 2 (1991): 99–134, [https://doi.org/10.1016/0738-3991\(91\)90014-V](https://doi.org/10.1016/0738-3991(91)90014-V).

Si bien esta revisión se centró principalmente en el papel de los pacientes en sus interacciones con el personal de atención primaria, también reveló aspectos del comportamiento del personal que obstaculizan la formulación y el tratamiento de sus inquietudes.

Por lo tanto, los resultados también podrían fundamentar el desarrollo o la mejora de las intervenciones existentes centradas en el personal para mejorar la comunicación y reforzar las directrices y políticas que recomiendan que el personal involucre a los pacientes en las conversaciones sobre su atención [17, 66].

Por ejemplo, educar al personal sobre las barreras y los facilitadores de la comunicación en la atención médica y cómo su comportamiento puede influir en los resultados de las interacciones y en la futura búsqueda de ayuda de los pacientes podría motivar aún más al personal a utilizar los enfoques existentes (como CARE) para comprender y responder mejor a las inquietudes de sus pacientes.

CARE: Connecting, Assessing, Responding and Empowering (Conectar, Evaluar, Responder y Empoderar)

▪ Bikker AP, Mercer SW, Cotton P. Connecting, Assessing, Responding and Empowering (CARE): a universal approach to person-centred, empathic healthcare encounters. Educ Prim Care. 2012 Nov;23(6):454-7. PMID: 23232141.

También podrían ser necesarios cambios en el sistema para garantizar que el personal tenga tiempo para emplear estas estrategias.

4.4. Investigación adicional

Esta revisión estableció la base de evidencia cualitativa existente y dio como resultado una mejor comprensión de la comunicación verbal de las personas mayores en sus interacciones con el personal de atención primaria.

- Esta base se representó mediante una línea argumental o un modelo conceptual que puede probarse, criticarse o ampliarse mediante investigaciones futuras.
- Dado que solo se identificaron 12 estudios relevantes, la base de evidencia existente es limitada y presenta limitaciones.
- Se podría realizar investigación cualitativa primaria adicional para profundizar en la comunicación de las personas mayores en el ámbito sanitario e identificar las barreras y los facilitadores que pueden estar presentes en una gama más diversa de pacientes mayores y en las interacciones entre pacientes y diferentes grupos de personal.
- Los estudios incluidos en esta revisión recopilaron datos mediante entrevistas y grupos focales, así como observaciones de las interacciones entre pacientes y personal.
- La mayoría de los estudios emplearon algún tipo de análisis temático.
- Solo uno de los estudios observacionales utilizó el análisis de la conversación, que puede utilizarse para estudiar «cómo los hablantes se turnan al hablar; cómo la conversación se ve condicionada por acciones previas y cómo influye en lo que le sigue» (p. 86) [67].

Por lo tanto, estudios adicionales que empleen este método podrían revelar más información sobre cómo las conductas comunicativas del personal influyen en las de los pacientes y viceversa.

Esta revisión se centró en estudios que emplearon **MÉTODOS CUALITATIVOS** tanto para la recopilación como para el análisis de datos.

Sin embargo, algunos estudios observacionales emplean esquemas de codificación cuantitativos, como las **Definiciones de Codificación de Secuencias Emocionales de Verona** (*Verona Coding Definitions of Emotional Sequences - VR-CoDES*), para analizar los datos].

- Zimmermann C, Del Piccolo L, Bensing J, Bergvik S, De Haes H, Eide H, Fletcher I, Goss C, Heaven C, Humphris G, Kim YM, Langewitz W, Meeuwesen L, Nuebling M, Rimondini M, Salmon P, van Dulmen S, Wissow L, Zandbelt L, Finset A. Coding patient emotional cues and concerns in medical consultations: the Verona coding definitions of emotional sequences (VR-CoDES). Patient Educ Couns. 2011 Feb;82(2):141-8. doi: 10.1016/j.pec.2010.03.017. Epub 2010 Apr 28. PMID: 20430562.

El VR-CoDES (*Verona Coding Definitions of Emotional Sequences*) distingue entre señales y preocupaciones de los pacientes, es decir, una sugerencia (**señal**) o una expresión inequívoca (**preocupación**) de una emoción desagradable, y explora cómo responde el personal a estas.

Por lo tanto, una revisión que abarque una investigación primaria que utilice estos métodos puede proporcionar una mayor comprensión de la naturaleza de la comunicación e informar de forma útil el desarrollo de intervenciones.

Como señalan **Heritage y Maynard (2006)**, tanto el análisis de conversaciones como la codificación observacional presentan limitaciones, pero el aprendizaje obtenido con ambos enfoques

«debería resultar en una visión considerablemente mejorada del encuentro médico»

(p. 360) [69].

- J. Heritage and D. W. Maynard, "Problems and Prospects in the Study of Physician-Patient Interaction: 30 Years of Research," Annual Review of Sociology 32, no. 1 (2006): 351–374, <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.32.082905.093959>.

5. Conclusión

Al recopilar la literatura cualitativa existente, **esta revisión** ha ampliado nuestra comprensión de las barreras y los factores que facilitan la comunicación en la atención médica para las personas mayores.

De este modo, ha aportado información importante para el desarrollo de intervenciones que empoderen a las personas mayores, mejoren su comunicación con el personal y reduzcan los riesgos para la seguridad del paciente en atención primaria.

Suscripción sin costo:

Enviar la información solicitada:

email: incoendo@gmail.com /

wasap:

+57 315 3517449

+57 315 0502244

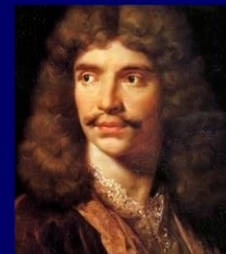
42

Principios Básicos: Así de simple



Jean-Baptiste Poquelin
Molière

*No solo nos
responsabilizamos por lo
que hacemos, sino también
por lo que no hacemos.*



Poeta y dramaturgo francés, conocido en la actualidad por ser uno de los mejores escritores de la historia.

Comparado con Cervantes o William Shakespeare, algo que muy pocos otros dramaturgos de todos los tiempos pueden tan siquiera igualar.

Enero 15-1622 – Feb. 17-1673

Cortés Torres Jorge Orlando