

Coaching comunicativo grupal en adultos mayores para el envejecimiento saludable

Communicative group coaching in older adults to promoting positive ageing.



Reinaldo Patricio **Salazar Martínez**

UNIVERSIDAD
BERNARDO
O'HIGGINS

ART Volumen 22 #1 enero - junio

ID: [10.33881/1657-2513.art.22107](https://doi.org/10.33881/1657-2513.art.22107)

Title: Communicative group coaching in older adults to promoting positive ageing.

Título: Coaching comunicativo grupal en adultos mayores para el envejecimiento saludable

Alt Title / Título alternativo:

[en]: Communicative group coaching in older adults to promoting positive ageing.

[es]: Coaching comunicativo grupal en adultos mayores para el envejecimiento saludable

Author (s) / Autor (es):

Salazar Martínez

Keywords / Palabras Clave:

[en]: Aging; Coaching; Older person, Communication, Quality of life;

[es]: Envejecimiento; Coaching; Adulto mayor; Comunicación; Calidad de vida

Submitted: 2022-03-10

Accepted: 2022-05-11

Resumen

Introducción. El coaching es un proceso de acompañamiento de personas para el cumplimiento de sus metas y desarrollo de habilidades, entre ellas la comunicación, como indicador de calidad de vida y de socialización. Se decidió, por lo tanto, realizar la aplicación de un programa de coaching comunicativo grupal para determinar, objetivamente, las mejoras que se producirían en un grupo de personas mayores. Objetivo: Se planteó como objetivo general desarrollar un programa de coaching comunicativo grupal para favorecer el envejecimiento saludable en un grupo de personas mayores de un centro comunitario de la Región Metropolitana de Santiago de Chile. Metodología: El estudio fue de carácter cuantitativo, cuasiexperimental, exploratorio y longitudinal realizándose durante los meses de enero y febrero de 2020. Se trabajó con 6 personas mayores a quienes se les aplicó inicialmente el cuestionario WHO-QOL (Urzúa & Navarrete, 2013), que mide calidad de vida en las personas mayores, con un eje comunicativo, realizándose posteriormente 6 sesiones de coaching comunicativo grupal. Al finalizar el proceso, se realizó la re aplicación del mencionado cuestionario. Resultados: Al comparar los resultados de pre y post evaluación con WHO-QOL, se obtuvieron resultados estadísticamente significativos en todas las esferas, en particular de los parámetros de salud psicológica y relaciones sociales. Con todo lo anterior, se releva la importancia de contar con nuevas herramientas en el trabajo con personas mayores, en particular el trabajo del fonoaudiólogo coach que, al acompañar procesos de calidad de vida desde la comunicación, ayudará a potenciar el envejecimiento saludable

Abstract

Introduction: Coaching is the process of accompaniment of people to fulfill their goals and develop skills including communication, as an indicator of quality of life and socialization. Aim: It was therefore decided to carry out a group coaching program to determine, objectively, the improvements that would occur with the use of coaching. It was generally aimed at determining the effect of group coaching on the perception of quality of life and healthy aging in a group of older people. In addition, they set out as specific objectives: to identify the quality-of-life factors of a group of elderly people using the WHO-QOL instrument; apply a group coaching program, aimed at healthy aging, to a group of elderly people and contrast the quality of life factors of a group of elderly people through the WHO-QOL instrument, following the development of the coaching program group, relative to the initial application. Methodology: The study was descriptive, non-experimental and transectional during the months of April and May 2019. It worked with 6 elderly people belonging to the community center of Parque los Reyes, in the commune of Santiago de Chile. They were initially given the WHO-QOL questionnaire, which measures quality of life in the elderly, and then 6 group coaching sessions with that same group. Consequently, at the end of the process, the said questionnaire was reapplied. Results: When comparing pre – and post-evaluation results with WHO-QOL, statistically meaning results were obtained, from the psychological health and ambient parameters, which are measured by the questionnaire. With all of the above, the importance of having new tools in working with older people is replayed, in particular the work of the coach speech therapist who, by accompanying quality of life processes from communication, will help promote healthy aging.

Citar como:

Salazar Martínez, R. P. (2022). Coaching comunicativo grupal en adultos mayores para el envejecimiento saludable. *Areté*, 22 (1), 57-65. Obtenido de: <https://arete.iberu.edu.co/article/view/2395>

Reinaldo Patricio **Salazar Martínez**, Fg sp
ORCID: [0000-0003-0996-5485](https://orcid.org/0000-0003-0996-5485)

Source | Filiacion:

Escuela de Fonoaudiología, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Bernardo O'Higgins

BIO:

Licenciado en Fonoaudiología, Fonoaudiólogo, Master en Gerontología Social, Doctor en Educación, Experto universitario en coaching y Coach certificado (ICF-USA)

City | Ciudad:

Santiago de Chile – Chile

e-mail:

reinaldo.salazar@ubo.cl

Coaching comunicativo grupal en adultos mayores para el envejecimiento saludable

Communicative group coaching in older adults to promoting positive ageing.

Reinaldo Patricio **Salazar Martínez**

Introducción

El envejecimiento humano es un proceso universal, el cual de acuerdo a Marín (2014) es algo continuo, irreversible y progresivo, donde se manifiesta la disminución de la reserva funcional del individuo (p.48). En este sentido, la capacidad de adaptación que los organismos presentan frente a los procesos de cambio se disminuye, provocando la disminución de la adaptación a las modificaciones biológicas, psicológicas y sociales a lo largo de la vida. Este proceso presenta implicancias fundamentales desde las formas de vivir, las enfermedades que se presentan y la historia individual de cada persona. Envejecer, por lo tanto, depende del contexto y del grupo de población en la cual el sujeto se encuentre inserto, así como las condiciones y los estilos de vida, así como la esperanza promedio de vida al nacer (Dulcey, 2015). Sin embargo, cuando este proceso es llevado a cabo en forma eficiente, se puede hablar de envejecimiento saludable.

Este concepto ha presentado una evolución, desde los años 90s donde se hablaba de envejecimiento activo, hasta en la actualidad donde también se utiliza el concepto de envejecimiento positivo. En los tres conceptos, según Marín (2014) se entiende como el proceso de optimización de oportunidades en la persona mayor, donde logra un bienestar físico (adecuado estado de salud y ausencia de enfermedades), adecuada habilidades funcionales (mental/afectivo y funcional), ligado a un adecuado ejercicio de actividades sociales, físicas, económicas, espirituales y culturales, con un alto compromiso con la vida (p.220), siendo esta definición la mayormente utilizada para hablar de envejecimiento saludable. Los componentes de este concepto incluyen funcionamiento físico, ligado a una adecuada y regular actividad física (González-Celis & Padilla, 2006); funcionamiento cognitivo, que incluye las funciones cognitivas propiamente tal y los aspectos afectivos (Dulcey, 2015); capacidad funcional, ligado directamente con la ejecución de estilos de vida saludables y la prevención de enfermedades y el funcionamiento social relacionado con la presencia de redes de apoyo de otras personas, las actividades ligadas a la comunidad y el propósito de vida (Prieto & Cartagena, 2018).

Desde una mirada funcional fonaudiológica, de acuerdo a Shek et al. (2012), el envejecimiento positivo considera la prosocialidad, entendida como aquellas estrategias que permiten satisfacer las necesidades de apoyo físico y emocional de otras personas, con el fin de cuidar y ser cuidado, ayudar y ser ayudado. Este concepto, es considerado por Salmeron et al (2011) desde una mirada de envejecimiento saludable, como acciones concretas de protagonismo de la propia vida transitada, moviendo lo positivo de la etapa hacia nuevos significados, ligados al propósito, consistente con sus valores y creencias. Una de las consideraciones que es fundamental en la prosocialidad se relaciona con la comunicación. Ésta se entiende como un proceso bidireccional en que dos o más sujetos intercambian información, que forma parte clave de la necesidad vital de las personas y como un instrumento fundamental en la relación inteligencia y entornos sociales (Pérez et al, 2018).

Este concepto de comunicación ligado a la prosocialidad se comprende como la capacidad de la persona mayor de poder utilizar adecuadamente sus funciones y estructuras corporales (como palabras, discursos y gestos) dentro del quehacer cotidiano (actividad comunicativa). De esta manera podrá cumplir sus objetivos comunicativo-sociales en el entorno, considerando para ello la estimulación y el entrenamiento de estas habilidades para la adaptación de la persona mayor a sus entornos y necesidades (Salazar, 2022). Así, la comunicación se transformará en un eje preponderante desde la perspectiva de la calidad de vida de la persona mayor, las cuales deben ser potenciadas y entrenadas, orientadas y apoyadas, para garantizar un uso constante en la vida cotidiana. Se trata, por lo tanto, de una nueva construcción en el significado del envejecimiento comunicativo, donde no solamente se incorporan los factores físicos, mentales, funcionales y sociales, sino que aquellos ligados a la autogestión de mi vida, en relación a otros y a los entornos sociales, surgiendo de la experiencia propia de la vida y de las necesidades de mantenerse vigente en el medio, donde la comunicación es fundamental para la adaptación (Auné et al., 2014).

Se han descrito variadas herramientas (como las señaladas por Osorio Parraguez et al., 2011) para el abordaje de la comunicación como parte del envejecimiento saludable. Sin embargo, aquella relevante por sus componentes de estimulación y entrenamiento es el Coaching. Echeverría (2016) y Whitmore (2018) lo definen como un proceso que le permite a una persona desarrollar al máximo sus aprendizajes, potenciando al máximo sus desempeños. Se genera una relación de ayuda, propiciada por el coach, donde mediante la conversación y diversas estrategias la persona logra aprender y generar acciones que mejoren su manera de desempeñarse en sus necesidades. De esta manera, el Coaching no es un proceso terapéutico, sino un espacio de acompañamiento de personas donde se logra la conciencia, la emocionalidad y el liderazgo de los ámbitos de la vida, que llevan a la excelencia de la persona en sus diversos contextos, diseñando el futuro y logrando una mejor calidad de vida (O'Connor, & Lages, 2010).

De acuerdo a (Bonal Ruiz et al., 2012) la aplicación del coaching en contextos sociosanitarios es un área emergente en los últimos años, en el cual se aplican herramientas propias de este sistema para mejorar los ámbitos sanitarios y la calidad de vida de las personas. Al respecto, y según Palmer et al (2003), se entiende como la práctica de educación para la salud y su promoción, dentro de un proceso propio del coaching, con el objetivo de mejorar el bienestar de las personas y lograr metas ligadas a su propio proceso de salud. En este sentido, la aplicación radica en entregar a las personas herramientas, estrategias y conocimientos, que le permitan generar procesos de autocuidado de su salud (Bonal Ruiz et al., 2012) y así alcanzar metas concretas de su desempeño y promover una mejor calidad de vida (Krok-Schoen et al., 2017). Dentro de estas estrategias, considerando a Salazar (2022), se

encuentra el incentivo de las actividades comunicativas (como parte de las actividades de la vida diaria), las funciones comunicativas (ligadas a los desempeños personales desde el discurso y la pragmática, por nombrar algunos) y desde la participación comunicativo social (que permite interactuar con el entorno y ocupar un espacio en la sociedad desde las herramientas comunicativas) (González-Celis & Padilla, 2006).

Pese a que la estrategia de coaching en salud se ha ido desarrollando a lo largo de los años, aún existe escasa evidencia sobre su aplicación en el ámbito de las personas mayores y, por cierto, en la comunicación. Por ello, se decidió generar una investigación cuya pregunta fue ¿de qué forma impacta el coaching comunicativo en el envejecimiento saludable de un grupo de personas mayores del Centro Comunitario Parque Los Reyes de la Región Metropolitana, Chile?

Al respecto, la idea de este estudio fue cuantificar el aporte en la calidad de vida y el envejecimiento saludable de estos mayores mediante coaching grupal, aplicando antes de la intervención del coaching la prueba de calidad de vida WHO-QOL (Urzúa & Navarrete, 2013) que mide la percepción de las personas frente a su salud y calidad de vida, con un eje en lo comunicativo, y aplicarla nuevamente al finalizar la intervención del coaching, para conocer las modificaciones y mejoras en los parámetros que el instrumento mide. De esta forma, se pretendió describir los parámetros de salud que presentan modificaciones con la ayuda del coaching comunicativo grupal. Así, como objetivo general del estudio se consideró desarrollar un programa de coaching comunicativo grupal para favorecer el envejecimiento saludable en un grupo de personas mayores del Centro Comunitario Parque Los Reyes, Región Metropolitana de Santiago, Chile.

Metodología

Diseño

Se realizó un estudio de enfoque cuantitativo, de alcance exploratorio, con un diseño cuasiexperimental, longitudinal (Hernández, 2014). Se consideró como universo a todas las personas mayores que participaran, habitual y no habitualmente, de las actividades recreativas realizadas por el Centro Comunitario Parque Los Reyes de Santiago de Chile, es decir, 20 sujetos. La población accesible fue de 10 personas, de las cuales se determinó que la muestra estaría compuesta por 6 sujetos adultos mayores, todas mujeres, participantes del Centro, como técnica de muestreo se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia (Hernández, 2014). Dentro de las características de las personas mayores integradas, sus edades fluctuaban entre los 68 y 75 años, todas eran jubiladas (con pensión estatal) y desempeñaban labores domésticas en la actualidad. Todas ellas presentaban un nivel de escolaridad medio (12 años de escolaridad) y sin patologías que impidieran su funcionalidad y su quehacer cotidiano. Para la muestra, las personas debían cumplir con los criterios de inclusión y exclusión determinados para la participación en la investigación.

Criterios de inclusión y exclusión

Inclusión: Persona mayor sobre los 65 años, independiente y funcional, que participara en forma sistemática en las actividades recreativas del Centro Comunitario Parque Los Reyes y que no asistieran a otros programas sistemáticos entregados por el Ministerio de Salud de Chile (Minsal, 2014).

Exclusión: Persona mayor que participara en el Centro Comunitario pero que no fuera independiente ni autónoma, que participaran en programas sistemáticos del Ministerio de Salud y que tuviera alguna patología cognitiva que impidiera la participación en el Coach.

Instrumentos

Para evaluar el impacto del Coaching comunicativo se seleccionó el cuestionario de Calidad de Vida de la OMS (WHO-QoL en inglés) (Urzúa & Navarrete, 2013), debido a que la comunicación forma parte de la prosocialidad y es un indicador de calidad de vida, considerando los objetivos de este estudio. Este instrumento determina la opinión de las personas acerca de su propia calidad de vida, la salud y otras áreas personales (OMS, 2015) mediante la comunicación y el lenguaje. Considera los modos de vivir, expectativas, placeres y preocupaciones de las personas. Es un instrumento genérico que consta de 26 preguntas, dos de las cuales preguntan sobre aspectos de calidad de vida genéricos y 24 preguntas que se dirigen hacia cuatro dimensiones: salud física, psicológica, relaciones sociales y medio ambiente. Este instrumento tiene un eje comunicativo, lo que favorece su aplicación en la medición. La escala de respuesta son de tipo Likert, con cinco opciones de respuesta, pregunta 1 y 2, sobre calidad de vida general: opciones muy mala, regular, normal, bastante buena, muy buena; preguntas 3 a 15, sobre hechos experimentados en los últimos días: opciones nada, un poco, lo normal, bastante, extremadamente; finalmente las preguntas 16 a la 26, sobre satisfacción de la vida en las últimas dos semanas: muy insatisfecho, poco, lo normal, bastante satisfecho, muy satisfecho.

A diferencia de otros instrumentos, no se centra en aspectos funcionales sino en el grado de satisfacción que la persona mayor percibe frente a situaciones de la vida cotidiana. El instrumento WHO-QoL ha sido validado en Chile (Espinoza et al., 2011), haciendo una adaptación lingüístico cultural del mismo instrumento en su versión en inglés, además de un análisis factorial confirmatorio, obteniendo una buena consistencia interna con un alfa de Cronbach de 0.88 para la escala total y oscilando entre 0,70 y 0,79 en cada una de las dimensiones. Así, los autores plantearon que era un adecuado instrumento para la evaluación de la calidad de vida de personas mayores chilenas, desde la comunicación.

Desde la perspectiva del análisis de los resultados del instrumento, se deben obtener las medias para cada una de las dimensiones, sumando cada uno de los puntajes por esfera, esperando los siguientes resultados: Dimensión física: $X=14,4$, $DS\ 2,4$; Dimensión psicológica: $X=14,5$, $DS\ 2,2$; Dimensión relaciones sociales: $X=14,0$ $DS\ 2,5$; Dimensión ambiente: $X=13,2$ $DS=2,1$. Este puntaje permite determinar si la persona se encuentra en un nivel adecuado o no de calidad de vida.

Programa de Coaching en salud comunicativo y grupal. Se realizaron 6 sesiones de Coaching grupal en Salud, las cuales se fueron planteando en forma progresiva. Al respecto, se utilizaron estrategias ligadas a la Propuesta de Coaching en Salud para enfermedades crónicas (Bonaf Ruiz et al., 2012), de Coaching, Espiritualidad y calidad de vida (Campos, León & Rojas, 2011), Coaching con PNL y comunicación (O'Connor & Lages, 2010) y de Perdomo (2009a, 2009b). También se consideraron implícitamente las modificaciones propias de las personas mayores en cuanto a comunicación y lenguaje (López Higes et al., 2013), entre ellas las actividades comunicativas (como la capacidad de elaborar enunciados para opinar, para fundamentar, leer y escribir, entre otras), las funciones comunicativas (habilidades

pragmáticas, vocabulario y uso de la morfosintaxis) y las herramientas comunicativo sociales (conversaciones con otras personas, diálogo con temas no familiares, por ejemplo). Además, como estructura de las sesiones, se siguió el modelo de las actividades propuestas por Campos y otros (2017), las que consideraron los siguientes ejes de contenidos:

- Diagnóstico participativo inicial sobre las principales dificultades de salud ligadas al envejecimiento y observación de estereotipos sobre la vejez.
- Preguntas claves sobre mi Vida: ¿Quién he llegado a ser?
- La Comunicación efectiva, como estrategia de envejecimiento saludable.
- Gestión del tiempo y del ocio para el bien envejecer.
- Mi Legado: ¿qué es lo que he dejado?
- Lo que hemos aprendido: Resignificación de la Vejez.

Se crearon fichas de trabajo como pautas de las estrategias y los contenidos desarrollados en cada una de las sesiones, para guiar al profesional que dirigía y contemplar los aspectos claves desarrollados en cada sesión.

Procedimientos

En cuanto a los procedimientos, en primer lugar, se procedió a contactar a la persona que dirige el Centro Comunitario Parque Los Reyes, para establecer una reunión que explicara el objetivo del estudio y, mediante una carta, otorgara la autorización para el acercamiento a las personas mayores y para la realización de este. Una vez autorizada la investigación por la persona encargada, se procedió a realizar una visita al grupo que se encontraba reunido en una actividad recreativa, para explicar la investigación e invitarlos a participar. En esa instancia, se tomaron los datos de las personas que deseaban participar y que cumplieran inicialmente los criterios de inclusión y exclusión. Se obtuvo, por lo tanto, una muestra de 6 personas que se ajustaban a los criterios y se realizó el registro de sus datos y su domicilio, para realizar una visita. En la visita a su domicilio a cada una de las personas se realizó el proceso de consentimiento informado, explicando la investigación y sus objetivos. Una vez firmado el documento que autorizaba su participación, se procedió a aplicar el instrumento WHO-QoL a cada participante en su hogar. Una vez se contó con la evaluación inicial, se convocó a las personas a las sesiones de trabajo, las que fueron realizadas en la Sala Multiuso del Centro Comunitario Parque Los Reyes. Luego, se re aplicó el mismo instrumento al finalizar la intervención, también individualmente. Se utilizó para ello el domicilio de cada una de las personas participantes.

Consideraciones éticas

Se realizó con las personas participantes un proceso de consentimiento informado, que consistía en una entrevista donde se les explicaba a las personas el propósito del estudio, sus beneficios, la ausencia de riesgos para los participantes y los conceptos claves de lo que se estaba estudiando. Además de lo anterior, se realizó la firma de un documento de autorización de las personas a participar en la investigación, cuyos ejemplares contemplaron una copia para el participante y una copia para el investigador. Se contó con el apoyo de la Comisión de revisión ética de la Escuela de Fonoaudiología de la Universidad Bernardo O'Higgins, para el resguardo de los aspectos relacionados con las personas.

Análisis de los datos

Se realizó el análisis de datos generando tablas promedio de medias de acuerdo a los puntajes obtenidos por las 6 personas mayores en cuanto a la aplicación del instrumento WHO-QoL inicial y luego con la aplicación post intervención. Se utilizó para generar las tablas y las figuras el programa Microsoft © Excel. Posteriormente, se realizó el análisis estadístico t de Student para determinar si existían diferencias significativas en los puntajes del proceso de test-retest. Además, se consideraron en el análisis las modificaciones más relevantes entre ambas aplicaciones, considerando un nivel de confiabilidad del **95%** con un error estándar menor a **0,05**. Además de lo anterior y considerando que el instrumento presenta tres apartados con opciones diversas de escala Likert para las respuestas de los mayores, en el proceso de análisis, desde un aspecto metodológico, se decidió obtener los promedios de las frecuencias de cada esfera, es decir, de 1 a 5, pudiendo así estandarizar los datos de todos los apartados. Esto permitió determinar en forma exhaustiva los niveles de satisfacción que los mayores presentaban antes y después del programa, utilizando para ello los niveles de la escala de tipo Likert que el mismo instrumento trae, es decir, se agruparon los puntajes dentro de: muy insatisfecho, poco insatisfecho, lo normal, bastante satisfecho y muy satisfecho.

Resultados

Se realizó el análisis de resultados promedio obtenido en la aplicación de WHO-QoL inicial de las personas mayores participantes en el programa de Coaching en Salud. Se confeccionó esta tabla con el propósito de mostrar el promedio de los sujetos con los que se trabajó en el Coaching grupal en Salud desde la perspectiva de las medias de las participantes.

Tabla 1. Resultados medias promedio aplicación inicial y final WHO-QoL

Resultados medias promedio aplicación inicial y final WHO-QoL (n=6)			
Esfera	Inicial	Final	t de Student 0.00854885*
Salud física	17,3	22,3	
Salud psicológica	16,2	20,3	
Relaciones sociales	7,2	9,3	
Ambiente	20,5	25	
Promedio	15,3	19,2	

Nota: análisis t de Student, confiabilidad 95%; p<0,05

Se logró obtener que el promedio inicial de las personas en WHO-QoL fue de 15,3 puntos mientras que en el segundo fue de 19,2 puntos. Lo anterior permitió analizar que se produjo incremento en los puntajes finales luego de la aplicación del programa. Luego, tomando en cuenta todos los promedios de las esferas, se aplicó t de Student donde se pudo observar una diferencia significativa en la evaluación pre y post intervención. Es importante señalar que el promedio sitúa a las 6 personas dentro de una adecuada percepción de calidad de vida, excepto en el ámbito de las relaciones sociales, donde en ambos casos se sitúa debajo de lo esperado en promedio.

Tabla 2. Resultados promedio de frecuencias en la aplicación inicial de WHO-QoL

Resultados promedio de frecuencias en la aplicación inicial de WHO-QoL (n=6)								
Esfera	S1	S2	S3	S4	S5	S6	X	Rango
Salud física	1,9	2,9	3,1	3,1	2,6	1,7	2,6	Normal
Salud psicológica	1,9	2,8	2,5	2,8	3	2,5	2,5	Un poco satisfecho
Relaciones sociales	1,9	1,7	2,7	2,7	2,7	2,7	2,4	Un poco satisfecho
Ambiente	1,9	1,9	2,8	3,1	3,5	2,3	2,5	Un poco Satisfecho
Promedio	1,9	2,3	2,8	2,9	3,0	2,3	2,56	Un poco satisfecho

Nota. Puntajes obtenidos de la aplicación de instrumento WHO-QoL, antes de la aplicación del programa de Coaching en Salud, basados en la frecuencia de respuesta por cada ítem. Fuente: elaboración propia.

El promedio de las 6 personas en cuanto a las frecuencias de puntaje fue de **2,56** que los sitúa en un nivel de “un poco satisfecho”, de acuerdo a los criterios de WHO-QoL. Además, el sujeto 1 fue quien obtuvo menores niveles de satisfacción en los resultados de la aplicación de la prueba.

Tabla 3. Promedio de puntaje aplicación final de WHO-QoL

Resultados promedio de frecuencias en la aplicación final de WHO-QoL (n=6)								
Ámbito	S1	S2	S3	S4	S5	S6	Promedio	Rango
Salud física	2,7	3,1	3,4	3,6	3	3	3,1	Lo normal
Salud psicológica	3,8	3,3	3,3	3,2	3,3	3	3,4	Lo normal
Relaciones sociales	3	3	3,3	3,3	2,7	3	3,1	Lo normal
Ambiente	3,3	3,1	3,3	3,6	2,8	3	3,1	Lo normal
Promedio	3,2	3,1	3,3	3,4	3,0	3,0	3,19	Lo normal

Nota. Puntajes obtenidos de la aplicación de instrumento WHO-QoL, al finalizar la aplicación del programa de Coaching en Salud, basados en la frecuencia de respuesta por cada ítem. Fuente: elaboración propia.

Luego, se realizó una tabla de resultados promedio obtenidos en la aplicación de WHO-QoL final de las personas mayores participantes en el programa de Coaching en Salud. Se pudo observar que el promedio de la aplicación final de WHO-QoL del grupo de personas mayores participantes del Coaching grupal en Salud fue de 3,19, situándose en un nivel de “satisfacción normal”, superior a los resultados de la evaluación inicial. El sujeto 4 fue quien obtuvo un mayor nivel de satisfacción en las tareas, aunque cabe mencionar que todas las personas se ubicaron en “satisfacción normal” al finalizar el programa de Coaching aplicado, de acuerdo a WHO-QoL.

Tabla No. 4. Síntesis de resultados obtenidos, puntajes y estadística.

Datos estadísticos aplicación test-retest WHO-QoL Totales			
Esfera	Aplicación inicial	Aplicación final	T
Salud física	2.59	3.14	0.0005213*
Salud psicológica	2.69	3.42	0.0035470*
Relaciones sociales	2.39	3.11	0.001749*
Ambiente	2.56	3.10	0.00000015*
Promedio	2.56	3.19	0.000000000077*

Nota: análisis t de Student, confiabilidad 95%; p<0,05. Fuente: elaboración

propia.

Finalmente, se realizó el análisis estadístico la aplicación de WHO-Qol antes y después de la ejecución del Coaching grupal en Salud, generando una tabla final de síntesis de los resultados obtenidos, en cuanto a puntajes y estadística. Al realizar la estadística de todos los puntajes de las 6 participantes en el Coaching grupal en Salud, se obtuvo inicialmente un promedio de 2,56, situándose entre “poca satisfacción y satisfacción normal”. En tanto, en la aplicación final, se obtuvo un promedio de 3,19 donde se ubican en un nivel de “satisfacción normal”. Se observó, por lo tanto, un incremento en los niveles de satisfacción y, al aplicar t de Student, se pudo analizar que las diferencias totales de los puntajes fueron estadísticamente significativas, ocurriendo lo mismo con los puntajes de cada Esfera.

Discusión

En primer lugar, se señala que el objetivo general de esta investigación fue desarrollar un programa de Coaching comunicativo grupal para favorecer el envejecimiento saludable en un grupo de personas mayores del Centro Comunitario Parque Los Reyes, Región metropolitana de Santiago de Chile, el cual fue cumplido. En el transcurso del proceso de Coaching grupal mostraron buena adhesión y adaptación a las actividades presentadas y, siguiendo a **Chapot (2010)**, habitualmente las personas mayores muestran buen nivel de adaptación a actividades ligadas a la funcionalidad y que, por ende contribuyen a su calidad de vida. En este sentido, también mediante el programa implementado se pudo potenciar las habilidades comunicativas de las participantes, las cuales se fueron adaptando e incorporando, implícitamente, las herramientas necesarias en lo que respecta a lo biopsicosocial de la comunicación.

Siguiendo con la discusión y de acuerdo a los resultados obtenidos en la aplicación de WHO-Qol, se observaron cambios positivos en el puntaje de las 6 personas mayores evaluadas, ubicándose inicialmente en un nivel de “poca satisfacción” con su calidad de vida y culminando esta percepción, luego del programa de Coaching con “satisfacción normal”, con resultados estadísticamente significativos. En relación con lo anterior, se puede señalar el cumplimiento del objetivo, en cuanto a que el envejecimiento saludable puede ser medido en forma subjetiva mediante la percepción que las personas mayores tienen en su calidad de vida, en especial cuando se trabaja sobre un eje funcional como es la comunicación (**Salazar, 2022**). Esta relación entre salud, envejecimiento y calidad de vida es uno de los aspectos desarrollados por **Lawton (1999)**, quien fundamenta que la funcionalidad es uno de los objetivos del envejecimiento saludable y en la medida que la persona mayor se mantenga en autonomía e independencia logrará un mejor nivel de calidad de vida. Para lograr esa autonomía e independencia, una de las estrategias es la comunicación.

Considerando el impacto del Coaching en la calidad de vida por esferas, es posible señalar que:

Esfera Salud Física: inicialmente las 6 adultas mayores presentaban normalidad de este aspecto en cuanto a su nivel de satisfacción, lo que se relaciona directamente con el tipo de muestra con la que se trabajó, que eran personas físicamente funcionales. Lo anterior, se fundamenta en lo planteado por (**Palacio et al., 2010**), **Noriega, 2010**, y (**Fernández-Ballesteros et al., 2010**), quienes afirman que habitualmente los determinantes psicológicos de los mayores incidirán de manera importante en lo físico y lo funcionalidad de los mismos y, por supuesto, al ser personas independientes y autónomas, este aspecto se consideró normal.

Esfera Salud Psicológica: en la evaluación inicial las personas mayores participantes de este estudio presentaron niveles de “poco satisfecho” en todos los ítems de la prueba WHO-Qol. Al respecto, es fundamental señalar que muchas veces los mayores, considerando su historia de vida y exigencias propias de los cambios, no logran adaptarse satisfactoriamente al envejecer, interfiriendo en la perspectiva psicológica (**Marín, 2014; Dulcey, 2015**). Es clave entonces comprender que las necesidades comunicativas, de elección y de autorrealización serán fundamentales de evaluar, pues la implicancia de las determinantes psicológicas son claves para un buen nivel de funcionalidad ligada a la calidad de vida (**Campos, León y Rojas, 2011**). Éstas fueron apoyadas y entrenadas gracias a las herramientas comunicativas incluidas en el Coaching en salud.

Esfera Relaciones sociales: en cuanto a la evaluación con WHO-Qol antes del programa, las 6 personas mayores se ubicaron en niveles de “poca satisfacción” en este ámbito. Esto pudo deberse a que muchas veces las personas mayores se aíslan por las diversas modificaciones en las relaciones sociales que se generan en el transcurso del proceso de envejecimiento. Al respecto, una manera de explicarlo es lo que plantea (**Noriega, 2010**), quien señala que los mayores presentan necesidad de integración social y de adaptación a los entornos tanto desde lo individual como desde lo grupal. La ausencia de conductas prosocial provocará que los mayores presenten dificultades en su calidad de vida, ya que uno de los aspectos claves de la funcionalidad en las persona mayores es la socialización (**Salmeron et al, 2011**). Sin embargo, para provocar el uso de estas conductas sociales, será imprescindible el entrenamiento de las habilidades de actividades comunicativas y de participación comunicativo-social, puesto que pueden ser potenciadas para la adaptación y, por ende, para promover calidad de vida (**Salazar, 2022**).

Esfera Ambiente: en cuanto a la evaluación inicial aplicada a las 6 personas mayores, los resultados indicaban un nivel de “poco satisfecho a normal”, en especial en la sensación de seguridad de la vida cotidiana, y en la oportunidad para realizar actividades de ocio. Si bien, muchas veces los determinantes relacionados con el ambiente escapan de la responsabilidad de las personas, son éstos los que muchas veces afectan a la persona en su realización de actividades cotidianas. Por lo mismo, **Dulcey (2015)** considera la importancia de evaluarlos y conocerlos, desde una mirada biopsicosocial, que permita posteriormente su intervención, en particular desde lo psicológico, para que la persona cuente con herramientas para su enfrentamiento. Uno de los desafíos para la Fonoaudiología, entonces, será la modificación desde un paradigma terapéutico hacia uno que sea facilitador y/o entrenador de habilidades, en especial pensando en personas sanas y en los mayores, que requieren de estos espacios para la mantención de su calidad de vida y funcionalidad (**Salazar, 2022**).

Fue importante discutir sobre el programa desarrollado, ya que su construcción fue clave para el proceso de promoción en salud. En ese sentido, siguiendo los lineamientos de **Lorig** (citado por **Bonal et al (2012)**), fue fundamental trabajar inicialmente con un diagnóstico participativo que pudiera levantar información relevante en cuanto a los planteamientos posteriores. Dentro de las estrategias utilizadas en esta sesión fue la lluvia o tormenta de ideas para analizar las implicancias de los determinantes de salud para la calidad y estrategia de PNL de puente al futuro (**O'Connor & Lages, 2010**) que permitió fijar las metas del trabajo a realizar en el Coaching grupal comunicativo.

Sobre las sesiones realizadas, las actividades se realizaron en forma progresiva, basando su estructura de planificación del programa “50 actividades para desarrollar destrezas de Coaching y mentoring en directivos” (**Berry, Cadwell & Fehrmann, 2017**) que considera objetivos, aprendizajes esperados y áreas de destrezas y metodología de las

actividades, siempre de menor a mayor complejidad, pensando en que, de acuerdo al modelo de los 5 pasos de **Anderson y otros** (citado por **Bonal Ruiz et al., 2012**). Estas actividades siempre estuvieron transversalizadas por la comunicación y el lenguaje, lo que permitió que la hibridad de las herramientas favoreciera el quehacer dentro del coaching. El programa de Coaching en salud debe propender al empoderamiento de la persona desde la asociación colaborativa y desde la comunicación social, es decir, el trabajo de empoderamiento mediante estrategias ligadas a otros y la mantención de la socialización con la comunicación. Ahora bien, desde la perspectiva del Coaching, se decidieron estrategias como preguntas para organizar la vida (**Bonal Ruiz et al., 2012**); Modelado, Patrocinio, Gimnasia Cerebral, Metamodelo del lenguaje, Pirámide de necesidades de **Maslow** y resignificación de creencias (**O'Connor & Lages, 2010**) además de Propósito de vida meditación del niño interior (**Perdomo (2009a, 2009b)**). Se incluyeron, por cierto, Comunicación efectiva, Análisis de tareas ABC y contrato de aprendizajes (**Berry, Cadwell & Fehrmann, 2017**) Aplicación de Modelo GROW, Modelo OUTCOMES y Modelo ACHIEVE (**Campos, León y Rojas, 2011; Vallejo, 2012**). La combinación de estrategias de diversas disciplinas implicadas en el Coaching y en la comunicación permitió que los ejercicios planteados se ligaran al fortalecimiento de estrategias de salud para calidad de vida. Sin embargo, como lo plantea (**Bonal Ruiz et al., 2012**) siempre en el programa se promovió el desarrollo de la toma de conciencia de las personas y el empoderamiento desde la mirada del envejecimiento saludable y desde las habilidades comunicativas y de prosocialidad (**Salazar, 2022**) (**Servicio Nacional del Adulto Mayor, 2017**).

Conclusiones

Finalmente, a modo de reflexión se considera que el éxito del Programa de Coaching comunicativo grupal en salud tuvo su sustento desde la perspectiva del marco empírico propuesto por **Bonal Ruiz et al (2012)**, pero sustentado en la comunicación funcional de las personas mayores (**Pérez et al, 2018**) y la incorporación de estrategias a nivel del empoderamiento de la persona y otras ya mencionadas. Un programa adaptado a las necesidades comunicativas y sociales de las personas mayores, desde el diagnóstico participativo, pero equilibrando herramientas fundamentales del Coaching en salud será un marco adecuado para la intervención, pensando siempre en un equilibrio entre lo que el mayor necesita y lo que el facilitador, en este caso fonoaudiólogo, puede entregar desde su conocimiento. Además, cobró relevancia también la capacidad de entender la necesidad del cambio de modelo en el desarrollo de la calidad de vida de la persona mayor, siendo importante un modelo centrado en la persona, donde el profesional de la salud se convierte en un facilitador de los cambios. Así, la acción sobre las creencias relacionadas con la salud, la funcionalidad comunicativa y otras estrategias específicas serán claves en la modificación de la percepción sobre la calidad de vida de la persona mayor (**O'Connor & Lages, 2010; Junquera, 2014; Salazar, 2022**).

Referencias

Auné, S., Blum, D., Abal, F., Lozzia, G., & Attorresi, H. (2014). La conducta prosocial: Estado actual de la investigación. Auné Sofía Esmeralda * Blum Diego. Revista Perspectivas En Psicología, 11(2), 21-33. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/4835/483547666003.pdf>

Berry, D, Cadwell, C, & Fehrmann, J. (2017). 50 actividades para desarrollar destrezas de coaching y mentoring en directivos. (U. R. Aceres. (ed.)).

Bonal Ruiz, R., Almenares Camps,, H., & Marzán, D. (2012). Coaching de salud: un nuevo enfoque en el empoderamiento del paciente con enfermedades crónicas no transmisibles. 16(5), 773-785. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext

Campos, F, León, D, & Rojas, M. (2011). Guía Calidad de Vida en la Vejez. Herramientas para vivir más y mejor. (Pontificia Universidad Católica de Chile (ed.)). Obtenido de http://adultomayor.uc.cl/docs/guia_calidad_de_vida.pdf

Chapot, S. e. (2010). Envejecimiento. Aspectos demográficos, sociales y psicológicos. Revista Diagnósis., Revista Diagnósis, 7, 23-29.

Dulcey-Ruiz, E. (2015). Envejecimiento y vejez: categorías y conceptos. Bogotá: Fundación Cepsiger para el Desarrollo Humano .

Echeverría, R. (2016). Ontología del Lenguaje. (J. S. Editor (ed.); 4°).

Espinoza, I, Osorio, P, Torrejón, M. J, Lucas-Carrasco, R, & Bunout, D. (2011). Validación del cuestionario de calidad de vida (WHOQOL-BREF) en adultos mayores Chilenos. Revista Medica de Chile, 139(5), 579-586. doi: <https://doi.org/10.4067/S0034-98872011000500003>

Fernández-Ballesteros, R. Z., Fernández-Ballesteros, R, Zamarrón, M. D, Lopez, M. D, Molina, M. A, Diez, J, Schettini, R. (2010). Envejecimiento Con Éxito. Psicothema, 22(4), 641-647.

González-Celis, L., & Padilla, A. (2006). Calidad de vida y estrategias de afrontamiento ante problemas y enfermedades en ancianos de ciudad de México. Universitas Psicológica, 5(3), 501-509.

Hernández, R. (2014). Metodología de la Investigación. (McGraw-Hill (ed.); 6° edición).

Junquera, F. (2014). Coaching, ciencia y salud . (LID (ed.)). Obtenido de Junquera, F. (2014). Coaching, ciencia y salud (LID (ed.)).

Krok-Schoen, J, L., Shim, R., Nagel, R., Lehman, J, Mayers, M, & Lucey, C. (2017). Outcomes of a health coaching intervention delivered by medical students for older adults with uncontrolled type 2 diabetes. Gerontology and Geriatrics Education, 38(3), 257-270.

Lawton, M. P. (1999). Quality of life in chronic illness. Gerontology, . 45(4), 181-183. doi: <https://doi.org/10.1159/000022083>

López Higes, R, Rubio Valdehita, S, Prados Atienza, J. M, & Galindo Fuentes, M. (2013). Reserva cognitiva y habilidades lingüísticas en mayores sanos TT - Cognitive reserve and linguistic skills in healthy elderly persons. Revista Neurología, 57(3), 97-102. h. doi: <https://doi.org/10.33588/rn.5703.2013120>

Marin, P. (2014). Geriatria y Gerontología. Ediciones UC. (ed. 5ª)

Minsal. (2014). Programa nacional de salud de las personas adultas mayores. . 239.

Noriega, A. (2010). Psicología del adulto mayor. Para una vejez saludable. (Mirbert (ed.); 1°).

O'Connor, J., & Lages, A. (2010). Coaching con PNL. Urano (ed.); 3°).

OMS. (2015). Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Obtenido de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf;jsessionid=1AB62347A6A49E8CF4C62E37D7AC3DFF?sequence=1

Osorio Parraguez, P., Torrejón, M., & Anigstein, M. (2011). Calidad de vida en personas mayores en Chile. Revista MAD(24), 61-75. doi:<https://doi.org/10.5354/0718-0527.2011.13531>

Palacio, L. M. A, Ríos, A. L, de Payares, S. C, Maldonado, A, Campo, L, Quiñonez, D, & Zapata, Y. (2010). Percepción del envejecimiento y bienestar que tienen los adultos mayores del Hogar Geriátrico San Camilo de la ciudad de Barranquilla (Colombia). 26(2), 250-259.

Palmer, S., Tubbs, I., & Whybrow, A. (2003). Health coaching to facilitate the promotion of healthy behaviour and achievement of health-related goals. International Journal of Health Promotion and Education, 41(3), 91-93. doi:<https://doi.org/10.1080/14635240.20003.10806231>

Perdomo, R. (2009). La aventura de Envejecer. Envejecimiento y cultura . (San Pablo (ed.)).

Pérez, G., Carvajal, Y., & Guio, L. (2018). Application of communication tools and communication systems in language. Field work., 3(1), 63-82.

- Prieto, S., & Cartagena, J. (2018). Los significados construidos del envejecimiento positivo en la participación ocupacional de adultas mayores con patologías articulares. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 18(2), 117–124.
- Salazar, R. (2022). Evaluación de la comunicación funcional en personas mayores. *Revista de Investigación En Logopedia*, 12(1), e73960. . doi: <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.5209/rlog.73960>
- Salmeron, J., Aviles, J., Aparecida, J., & Balas, D. (2011). Coaching Gerontology©: Envelhecer com exito por meio da Aprendizagem. *Extensao Uberlandia*, 10(2), 131–139. Obtenido de <https://seer.ufu.br/index.php/revextensao/article/view/20789/11041>
- Servicio Nacional del Adulto Mayor. (2017). Envejecimiento Positivo en Chile. Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 12. http://www.senama.gob.cl/storage/docs/Envejecimiento_Positivo.pdf
- Shek, D., Sun, R., & Merrick, J. (2012). J. Positive youth development: Theory, research and application. In *Positive Youth Development: Theory, Research and Application* (Issue June). doi:<https://doi.org/10.1002/9780470147658.chpsy0116>
- Subsecretaria de Previsión Social. (2018). Principales resultados de la Encuesta de Calidad de Vida del Adulto Mayor, e Impacto del Pilar Solidario. 1–105.
- Urzúa, A., & Caqueo, A. (2012). Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia Psicológica*, 30(1), 61-71. Obtenido de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/terpsicol/v30n1/art06.pdf>
- Urzúa M, A., & Navarrete, M. . (2013). Factor analysis of abbreviated versions of the WHOQoL-Old in chilean older people. *Revista medica chilena*, 141(1), 28-33. http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872013000100004&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Vallejo, V. (2012). Coaching y espiritualidad. La espiritualidad como motor del cambio y del desarrollo personal. (Narcea (ed.)).
- Whitmore, J. (2018). Coaching: el método para mejorar el rendimiento de las personas. (Paidos (ed.); 1°).