

Artículo de revisión

La comunicación médico paciente ¿reto para el paciente geriátrico o para el médico familiar?



Communication Patient-Doctor: A Challenge for the Geriatric Patient or the Family Physician
A comunicação médico-paciente: desafio para o paciente geriátrico ou o médico de família?

Eva María García-Vera,* Alfredo Robles-Rodríguez,* María de Lourdes Villegas-Bernabé,* Juan Figueroa-García,** Ada Etzel Mota-Cumpean***

Resumen

Existe un notable aumento poblacional de ancianos el cual es directamente proporcional al volumen de consulta otorgada a estos pacientes. Por sus condiciones físicas (presbicia, presbiacusia), psicológicas (depresión, aislamiento) y sociales (abandono, desamparo) dicho grupo presenta dificultades para comunicarse con los médicos. Además, existe en estos últimos, falta de destrezas y habilidades para lograr un adecuado vínculo que permita fortalecer una buena relación médico-paciente; es necesario saber escuchar y entender al adulto mayor en una atmósfera de empatía. Esta problemática repercute en la salud del paciente geriátrico, por ejemplo, en su falta de apego terapéutico ya que generalmente desconoce su enfermedad y el manejo de esta. Es de suma importancia abordar este tema y con ello encontrar las herramientas que ayuden a mejorar la comunicación médico-paciente.

Summary

There is a notable increase of elders which is directly proportional to the volume of consultation provided to them. By their physical (presbyopia, presbycusis), psychological (depression, isolation) and social (abandonment) conditions, patients present difficulties to communicate with doctors. There is also, in doctors, lack of skills and abilities to achieve a proper link allowing strengthening a good doctor-patient relationship; it is necessary to know how to listen and understand the elderly in an atmosphere of empathy. This problem affects the health of the geriatric patient, for example, in his lack of therapeutic attachment since, generally, he does not know his disease and how to handle it. It is very important to deal with it and thereby find the tools to help improving the doctor-patient communication.

Este artículo debe citarse: García-Vera EM, Robles-Rodríguez A, Villegas-Bernabé ML, Figueroa-García J, Mota-Cumpean AE. La comunicación médico paciente: ¿reto para el paciente geriátrico o para el médico familiar? *Aten Fam.* 2016;23(2):63-66.

Palabras clave: paciente geriátrico, medicina familiar, comunicación médico-paciente

Key words: geriatrics, family medicine, doctor-patient relationship

Palavras chave: paciente geriátrico, medicina de família, comunicação médica

Recibido: 14/9/15
Aceptado: 28/10/15

*Médico residente del segundo año del curso de especialización en Medicina Familiar, unidad de medicina familiar (UMF) no. 21, Francisco del Paso y Troncoso. **Médico cirujano, especialista en Medicina Familiar, profesor titular del curso de especialización en Medicina Familiar, de la UMF no. 21. ***Médico residente de tercer año del curso de especialización en medicina familiar, de la UMF no. 33 Reynosa, Tamaulipas.

Correspondencia
Juan Figueroa-García
juan.figueroaga@imss.gob.mx

García-Vera EM y cols.

Resumo

Há um aumento notável na população idosa, que é diretamente proporcional ao volume de consultas oferecidas a estes pacientes. Por sua condição, psicológica (depressão, isolamento) e sociais (abandono, desamparo) física (presbiopia, a presbiacusia), o idosos tem dificuldade para se comunicar com os médicos. Além disso, os médicos demonstram falta de competências e habilidades para atingir uma sintonia adequada que reforçaria uma boa relação médico-paciente; É preciso ouvir e compreender os idosos em um clima de empatia. Este problema afeta a saúde do pacientes geriátricos, por exemplo, na sua falta de aderência terapêutica, já que geralmente desconhecem a sua doença e o manejo desta. É fundamental abordar este tema e encontrar as ferramentas que ajudem a melhorar a comunicação médico-paciente.

Introducción

El encuentro entre el médico y el anciano tiene varios factores que intervienen en el desarrollo de una relación profesional adecuada o inadecuada. Las actitudes, estereotipos o mitos en ambos protagonistas, la gerofobia por parte del médico o las falsas creencias acerca de la enfermedad en el paciente, pueden alterar este encuentro. También puede haber barreras culturales que afecten la relación.¹ Para entender la dinámica de la relación médico-paciente (adulto mayor), se necesita un conocimiento más específico acerca de los fenómenos psicológicos entre ambos, los cuales son: la transferencia, la contratransferencia, el *rappport*, la empatía y la resistencia.²

Transferencia es la emoción del paciente anciano hacia el médico; la contratransferencia es la reacción emocional como sentimientos y conductas

del médico hacia el paciente anciano; la empatía es la habilidad del médico para entender los sentimientos del paciente; el *rappport* incluye el estado de mutua confianza y respeto; la resistencia es la reacción negativa del paciente geriátrico en contra de la relación con el médico o del tratamiento.³⁻⁴ Debemos tener en cuenta que un número importante de ancianos tiene dificultades auditivas, visuales o del habla, que obligan al médico a buscar estrategias especiales para lograr una comunicación efectiva.⁵

Debido al incremento de la población de adultos mayores, el manejo y tratamiento de este sector de la población presenta retos muy especiales, que implican en el médico, conocimiento y preparación en el envejecimiento, así como en las condiciones psicológicas, sociales y económicas de las personas mayores.⁶

El problema de comunicación entre médico y paciente se acentúa cuando no hay familiares acompañantes, es importante distinguir las diferencias tanto generacionales como culturales a fin de asegurar la ayuda y participación de la familia, evitando así malos entendidos y fracasos terapéuticos.⁷

Los adultos mayores consideran la mayor parte de sus problemas de salud como parte inevitable del envejecimiento y en la mayoría de los casos se rehúsan a buscar atención médica lo que es causa de mayor morbilidad e invalidez ya que acuden en estados avanzados y son propensos a interrumpir los tratamientos por una infinidad de motivos.⁸⁻⁹ No olvidemos que a los pacientes geriátricos lo que más les interesa es mantener su calidad de vida, autonomía e independencia, para conservarse integrados en su familia y en la sociedad; le temen a la soledad, abandono y a la falta de afecto de sus familiares.

Actualmente, en todo el mundo la demanda de atención de servicios de salud es, en su mayoría, solicitada por adultos mayores y México no es la excepción, puesto que cerca de 80% de la consulta de primer nivel de atención es otorgada a este grupo poblacional.¹⁰ Por ello, la atención de este grupo etario es complicada, ya que intervienen dos factores principales que pueden englobar la problemática que existe para llevar a cabo una buena relación médico-paciente y por consiguiente una buena comunicación: limitaciones propias del paciente geriátrico y la falta de pericia para establecer una buena comunicación por parte del médico familiar.¹¹⁻¹²

En cuanto a las limitaciones del paciente geriátrico, podemos hablar sobre la disminución de las capacidades físicas, sobre todo del deterioro visual y auditivo, así como el menoscabo de las capacidades cognitivas, que en conjunto van limitando la independencia funcional y condicionando con ello una disminución en la motivación; y que conllevan a la sensación de pérdida de control y baja autoestima, que posteriormente originará una dificultad para crear vínculos interpersonales y expresar su padecer al médico tratante.¹³ Otro aspecto importante es que en esta etapa de su vida los pacientes se enfrentan a circunstancias complejas como tomar decisiones importantes respecto a su salud y el control de sus enfermedades, que por lo general son crónico-degenerativas, así como a la elección de tratamientos, ya que un alto índice de esta población posee un menor nivel de educación formal y dicha situación resulta estresante.¹⁴ También podemos mencionar que el paciente geriátrico se ve en la necesidad de asistir acompañado a la consulta, hecho que pudiera parecer benéfico, pero que re-

sulta ser una limitante para la atención, ya que muchas veces el acompañante no es la misma persona que cuida al paciente en casa y por tanto desconoce la información necesaria, por el contrario cuando el acompañante es el cuidador primario, el paciente geriátrico suele pasar a segundo plano, ya que no se le hace partícipe de su propia consulta.¹⁵

En cuanto al otro elemento que dificulta la comunicación, es decir, la falta de habilidad del médico, cabe mencionar que se trata de una competencia que engloba a un conjunto de habilidades y procedimientos, así como a la interrelación de estos con la personalidad y autoestima del propio médico; es una destreza presencial y de experiencia personal que se va adquiriendo con los años y con el ensayo y error, sin embargo, como menciona Philippa Moore,¹⁶ “la experiencia suele ser un mal profesor”, hecho que hemos comprobado a través de nuestras prácticas en consulta y hospitalización al observar cómo médicos con gran trayectoria y experiencia en su campo, muchas veces tienen deficiencias notorias en explicar al paciente y a su familia la enfermedad, la situación de salud en la que se encuentran o simplemente el tratamiento a seguir.

Entonces, si nos encontramos en una era de gran desarrollo científico tecnológico,¹⁷ ¿qué hace falta para que el médico desarrolle esta capacidad de establecer una buena comunicación? Llegamos a la conclusión de que dicha disciplina no es innata sino que debe de ser enseñada en las escuelas de medicina de manera formal. Si bien ya existe un antecedente, la Asociación Americana de Escuelas de Medicina (AAME),¹⁸ extendió un informe en el que pide que todas las escuelas de medicina evalúen formalmente las habilidades de comuni-

cación de sus alumnos), consideramos necesario que la enseñanza de esta, sea introducida desde el pregrado como una asignatura con mayor validez y sustento académico, puesto que globalmente ya existen programas específicos para desarrollar esta habilidad, asimismo, es prioritario instruir a médicos que potencialmente pudieran fungir como profesores porque como hemos mencionado, la experiencia no es suficiente y son necesarias bases teórico-prácticas.¹⁹⁻²⁰

Por lo anterior, para llevar a cabo una buena relación médico-paciente, el médico familiar deberá mostrar interés por el paciente, utilizar palabras comprensibles, proporcionar información sobre el tratamiento, generar tranquilidad, aconsejar, pero sin influir en la toma de decisiones, así como permitir que este exprese sus puntos de vista, inconformidades, dudas y necesidades,²¹ propiciando un ambiente agradable, limpio y confortable; el personal de salud debe mostrar pulcritud, respeto, consideración y calidez en el trato con el paciente y su familia; evitar interrupciones y gritar, ya que se puede distorsionar el lenguaje, es molesto y puede malinterpretarse como regaño o enojo, además de que lo escucharían, incluso fuera del consultorio, recordemos que al anciano no le agrada, le ofende y le incomoda que se le señale abiertamente alguna deficiencia.²²⁻²³

Si bien para la práctica de cualquier médico es importante contar con habilidades de comunicación, para el médico familiar lo es aún más, ya que su práctica diaria consiste en considerar no solo el aspecto biológico de los pacientes, sino también los aspectos psicológicos y sociales,²⁴ ya que de acuerdo con el modelo holístico, es de vital importancia considerar la cosmovisión del paciente y así lograr fortalecer la alianza entre el

médico y el paciente geriátrico dando como resultado una mejor adherencia terapéutica reflejada en la mejoría de su salud, funcionalidad y dependencia.²⁵

Hemos visto que el fracaso terapéutico y diversas situaciones legales son consecuencia de una mala comunicación entre médico y paciente, derivado de la deficiencia en la enseñanza de esta habilidad, por ello consideramos necesario se instruya a los médicos en formación acerca de estrategias y habilidades de comunicación, que le permitan establecer y fortalecer un vínculo con el paciente.²⁶

La comunicación no sólo debe servir de vehículo para obtener información que el médico necesita en el cumplimiento de sus funciones, sino que debe usarse como un medio para que el paciente sea escuchado y exprese sus necesidades, de tal forma que logre hacer consciente y partícipe de su enfermedad, considerando las limitaciones ya mencionadas.²⁷

Conclusiones

Podemos aseverar que en la relación médico-paciente intervienen diversos factores, principalmente psicológicos y sociales, los cuales podrían impedir una interacción comunicacional satisfactoria. Es necesario vencer estas barreras para lograr un mejor ejercicio de nuestra profesión y poder aumentar la salud biopsicosocial de nuestros pacientes, entablar vínculos con ellos es un arte que no siempre se aprende con la experiencia, se requiere enseñanza y práctica desde la formación académica, pues en esta absorbemos todos los conocimientos que nos servirán de herramientas para el mañana. Debemos hacer una autoevaluación de las relaciones que establecemos con nuestros pacientes y realizar los cambios necesarios para mejorarla.

Referencias

1. Lázaro J, Gracia D. La relación médico-enfermo a través de la historia. *An. Sist. Sanit. Navar.* 2006;29(3):7-17.
2. Rivero SO. La relación médico-paciente en la actualidad. En: Rivero Serrano O, Tanimoto M. *El ejercicio actual de la Medicina.* México: Siglo XXI editores; 2000. 32-8.
3. Roger F. La relación médico-enfermo en el cuadro de las relaciones interpersonales. *Actas de la 17a Semana de Ética y Filosofía. Congreso Internacional de la Asociación Española de Ética y Filosofía Política (AEEFP).* Donostia-San Sebastián; 2011. 1-20.
4. González-Aragón GJ. *Manual de Autocuidado. Aprendamos a Envejecer Sanos.* 3a edición. México: Editorial Costa Amic; 1995.
5. Moragas Ricardo. *Gerontología Social.* Barcelona, España: Editorial Herder.
6. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. *Servicios de salud.* En: *Mujeres y hombres en México 2011.* Instituto Nacional de Estadística y Geografía, Instituto Nacional de las Mujeres. México: INEGI; 2012. 89-93.
7. Serra Rexach JA. Comunicación entre el paciente anciano y el médico. *An Med Interna.* 2003;20:57-8.
8. Roter D. La comunicación con los adultos mayores en el contexto médico. *Revista Española de Geriatria y Gerontología.* 2001;36(S3):16-7.
9. Abramson J. *Overdosed America, the broken promise of America medicine.* New York: Harper Perennial; 2005. 30.
10. Hernández-Torres I, Fernández-Ortega MA, Irigoyen-Coria A, Hernández-Hernández MA. Importancia de la comunicación médico-paciente en medicina familiar. *Archivos en Medicina Familiar.* 2006;8(2):137-43.
11. Duran Gondar A, Chávez Negrín E. Una sociedad que envejece: retos y perspectivas. *Temas.* 1998;14:57-68.
12. Duffy FD, Gordon GH, Whelan G, Cole-Kelly K, Frankel R, et al. *Assessing Competence in Communication and Interpersonal Skills: The Kalamazoo II Report.* *Acad Med.* 2004;74(6):495-507.
13. Rodríguez AM. Relación médico paciente en diferentes grupos de edades. En: Pacheco PY, editor. *Relación Médico Paciente.* La Habana, Cuba: Ciencias Médicas; 2008. 65-8.
14. Kutty PJ. Bioética. Tendencias y corrientes filosóficas. En: Kutty-Porter J. *Introducción a la bioética.* 2a ed. México, DF: Méndez Editores; 2003.
15. Geyman J. The corrosion of medicine: Can the profession reclaim it's moral legacy? *Common Courage Press.* 2008:20.
16. Moore P, Gómez G, Kurt S. Comunicación médico-paciente: una de las competencias básicas pero diferentes. *Atención Primaria.* 2012;44(6):358-65.
17. Ripoll Lozano M, Otero Cacabellos M. Entrevista e historia clínica. Programa anual de Formación Continuada Acreditada para Médicos de Atención Primaria. *El Médico.* [Internet]; 2003. Disponible en: <http://www.elmedicointeractivo.com>
18. Delgado MT, Martín N. Dilemas éticos en los problemas clínicos. *El Médico. Formación Acreditada.* [Internet] 2003-2004. Disponible en: <http://www.elmedicointeractivo.com>
19. Fallowfield L, Jenkins V. Communicating sad, bad, and difficult news in medicine. *Lancet.* 2004;363:312-9.
20. Alfano A, Andrés H, Rodríguez HL, Vitelli M. Desafíos éticos en la práctica de la atención de adultos mayores. *Sociedad de ética en medicina* [Internet]. 2007 [citado agosto 2015]; 4(19). Disponible en: <http://www.sem.intramed.net.ar/revista.html>.
21. Morales RM, Ruvalcaba CV, Montes MM. La relación médico-paciente ¿una dimensión de la práctica clínica en peligro de extinción? [Internet]. México; 2006. Disponible en: <http://www.ejournal.unam.mx/rfm/no49-6/RFM049000606.pdf>.
22. Dörr A. Acerca de la comunicación médico-paciente desde una perspectiva histórica y antropológica. *Revista Médica Chile.* 2004;132:1431-6.
23. Irigoyen A, Morales H. 5 Estrategias para mejorar la práctica de la Medicina Familiar. 3a edición. México: Medicina Familiar Mexicana; 2014.
24. Peláez, M. La construcción de las bases de la buena salud en la vejez: situación en las Américas. *Revista Panamericana de Salud Pública.* 2005;17:299-302.
25. Rodríguez U, Valderrama O, Molina L. Intervención psicológica en adultos mayores. *Psicología desde el Caribe.* 2010:25.
26. Arroyo R. La dimensión emocional del cuidado en la vejez: la mirada de los adultos mayores. *Cuadernos de Trabajo Social.* 2013;26(2):337-47.
27. Fernández B, Almuña G, Alonso C, Blanco M. Factores psicosociales presentes en la tercera edad. *Revista Cubana. High Epidemiology.* 2001;39(2):77-81.