

La comunicación con los adultos mayores en el contexto médico

Roter, D.

Johns Hopkins School of Public Health. Baltimore. Maryland.

La esperanza de vida en España se encuentra entre las más altas del mundo: la mujer española media puede esperar vivir hasta la edad de 81,5 años, situándose en el quinto lugar más alto en la escala mundial de años de vida. La esperanza de vida del hombre español, que se sitúa en 74,2 años, es peor que la de la mujer, aunque no obstante ocupa la posición número 13 en el rango mundial. Con el incremento de la esperanza de vida, la prioridad de la investigación se centra ahora en ampliar el período de años de vida sana. De hecho la población envejecida goza ahora de mejores condiciones de salud que antes, y además se encuentra motivada para seguir así.

El aumento de las expectativas sobre la calidad de vida ha incentivado el interés entre las personas de la tercera edad por las actividades de promoción de la salud. Considerando que la capacidad de los mayores de mantener la independencia es una referencia de «un envejecimiento con éxito», son especialmente receptivos a los consejos sanitarios de sus médicos con el fin de reducir el riesgo y mantener niveles óptimos de independencia funcional. Con especial énfasis en la promoción de la salud, es especialmente importante que el paciente sea incluido en el establecimiento de las metas y prioridades del tratamiento. Más aun, para que tenga un impacto óptimo, hay que valorar el papel físico-social del entorno, incluyendo el apoyo social de la familia y compañeros, sobre la salud y conductas sanitarias del individuo.

A pesar de la receptividad y motivaciones que tengan los mayores para mantener la independencia funcional, no es tarea fácil proporcionarlos cuidados de calidad. Con frecuencia, los mayores están acosados de múltiples y complejos problemas médicos, deterioro cognitivo, trastornos de visión y audición, así como una merma de sus recursos financieros y sociales. Los acontecimientos estresantes en la vida del paciente de la tercera edad aparecen con frecuencia de modo simultáneo con el declive físico, produciéndoles un aumento en el riesgo de depresión, pérdida de las sensaciones de independencia, de

control y de disminución de la autoestima e identidad. A medida que disminuye su salud, el anciano se encuentra en la necesidad de escoger entre tratamientos y el manejo de condiciones que son complejas y confusas y que, o bien amenazan su vida, o la debilita. Asimismo, tiene que enfrentarse con decisiones fundamentales en cuanto a los cuidados que hay que dar en la etapa final de su vida. Normalmente el anciano manifiesta niveles más bajos de alfabetización y tiene menor educación formal que las cohortes más jóvenes, situándole en desventaja para comprender totalmente las complejas elecciones que se les exige y los regímenes que debe seguir. Los pacientes mayores con frecuencia se caracterizan pasivos e indiferentes en sus relaciones con los médicos. Para empeorar aun más las cosas, siendo pacientes de edad avanzada, se incrementa potencialmente la probabilidad de que les acompañe al médico un adulto joven o alguien que le cuide y que probablemente participe en las decisiones de los cuidados que requiere.

Se estima que entre el 20 y el 60% de todos los pacientes mayores de 65 años que visitan al médico vienen acompañados. Este porcentaje probablemente sea más alto en España, donde muchas más personas de la tercera edad viven en una familia extensa. Existen sólo unos pocos estudios empíricos sobre el efecto que tenga en la dinámica de los intercambios en discusión los acompañantes, sin embargo, su presencia parece modificar las pautas de la comunicación. Greene et al descubrieron que ante la presencia de un acompañante, el enfermo anciano hacía menos comentarios, reaccionaba menos a los temas en cuestión y mostraba menor expresividad y decisión. Más aun, con frecuencia se excluían a los pacientes ancianos completamente de la conversación cuando el acompañante estaba presente. Se han identificado otras dificultades de comunicación, entre las que se incluyen la tendencia del miembro familiar de asumir el papel de informador en las visitas médicas, algunas veces contradiciendo la opinión del paciente anciano y en otras dando información que éste no quiso revelar. Parece que el contenido, el tono y la naturaleza de la discusión médica pueden estar configuradas por los papeles adoptados por el acompañante del paciente, pudiendo

Correspondencia: D. Roter. Johns Hopkins School of Public Health 624 N. Broadway, Room 750. Baltimore, Maryland 21205.

abrir desde el papel de mediador y ayudante hasta el de antagonista.

Conocemos poco acerca de los efectos moderadores que ejercen la edad del acompañante, así como su sexo o su relación con el paciente sobre las dinámicas de comunicación en los encuentros médicos. Sería de interés saber cómo afecta la comunicación de los padres en la tercera edad cuando los acompañantes en las visitas médicas son sus hijos y proceden de la generación de «baby boom» comparada cuando los acompañantes son sus cónyuges u otras personas coetáneas. Podemos especular que estos jóvenes adultos acompañantes traen una perspectiva de cliente a estos encuentros con el médico que puede ser dominante en la visita y, de este modo, provocan que el paciente no participe de manera verbal en el diálogo médico. Por otra parte, la presencia de ese acompañante con ideas de cliente puede estimular conductas afirmativas firmes por parte de algunos pacientes mayores.

A pesar de que los pacientes mayores tienden a sentirse satisfechos con sus médicos, sus cuidadores familiares expresan insatisfacción por la cantidad de información recibida, por el apoyo emocional ofrecido y por la ayuda prestada en el envío del paciente a los servicios necesarios. Más aun, los cuidadores afirman tener la certeza de que los médicos ejercen demasiado control.

En suma, las cuestiones prioritarias en el programa de investigación social para mejorar la comunicación en el contexto de los cuidados de los adultos mayores incluyen: 1) la manera más eficaz de incluir a los médicos, las enfermeras, los farmacéuticos y los trabajadores sociales en las actividades y asesoramiento de apoyo para la promoción de la salud de los adultos mayores; 2) llegar a una comprensión de la variación que ocurre en la naturaleza de las relaciones terapéuticas y los procesos del cuidado en el recorrido del espectro de la tercera edad; 3) el papel del autopercepción del estado de salud en los procedi-

mientos del cuidado al anciano; 4) el papel del nivel de educación del paciente en los resultados sanitarios; 5) el papel del acompañante del paciente durante la visita médica; 6) la comunicación con el paciente con trastorno cognitivo y su cuidado, y 7) la toma de decisión conjunta, así como la planificación para la parte final de la vida del anciano.

BIBLIOGRAFÍA

1. Roter DL, Hall JA. Doctors Talking to Patients/ Patients Talking to Doctors: Improving Communication in Medical Visits. Westport, CT: Auburn House; 1992.
2. Roter DL. The enduring and evolving nature of the patient-physician relationship. *Patient Educ Couns* 2000;39:5-15.
3. Roter DL. The outpatient medical encounter and elderly patients. *Clin Geriatr Med* 2000;16:95-107.
4. Roter DL. The medical visit context of treatment decision-making and the therapeutic relationship. *Health Expect* 2000;3:17-25.
5. Hall JA, Stein TS, Roter DL, Rieser N. Inaccuracies in physicians' perceptions of the patients. *Med Care* 1999;37:1164-8.
6. Experts practice what they preach: A descriptive study of best and normative practices in end of life discussions. En: Roter DL, Larson S, Fischer CS, Arnold RM, Tulsky JA. Archives of Internal Medicine. In Press (November, 2000).
7. Glasser M, Rubin S, Dicover M. Caregivers views of help from the physician. *The American J of Alzheimer's Care and Related Disorders* 1989; 4:11.
8. Haley WE, Clair JM, Sausberry K. Family caregiver satisfaction with medical care of their demented relatives. *Gerontologist* 1992;32: 219-26.
9. Hasselkus BR. Three track care: older patients, family member, and physician in the medical visit. *J Aging Studies* 1994;8:291-307.
10. Prohaska TR, Glasser M. Patients' views of family involvement in medical care decisions and encounters. *Research Aging* 1996;18:52-69.
11. Adelman RD, Greene MG, Charon R, Friedmann E. The content of physician and elderly patient interaction in the medical primary care encounter. *Communication Research* 1992;19:370-280.
12. Greene MG, Adelman RD, Friedmann E, Charon R. Older patient satisfaction with communication during an initial medical encounter. *Soc Sci Med* 1994;38:1279-88.