

sin diferencia significativa en el entendimiento de ambas técnicas ($X^2 = 0.30$, $P > 0.05$). Cuando se les preguntó si estaban de acuerdo con ambos procedimientos 6 (0.2) contestaron negativamente y la razón fue miedo, se manifestaron temerosos de que les ocurriera algún daño y éste fue siempre referido como la posibilidad de dolor.

Con respecto a quién debiera decidir acerca de realizar o no los métodos, sus respuestas se resumen en el cuadro siguiente:

Edad en años	Médico	Padres	Paciente
6 a 8	5 (0.71)	2 (0.29)	0 (0.00)
9 a 11	2 (0.33)	3 (0.50)	1 (0.17)
12 a 14	2 (0.12)	7 (0.41)	8 (0.47)

Entre paréntesis se encuentran las proporciones de cada grupo de edad. Como puede apreciarse, los más pequeños designaron al médico como el subrogatario de su decisión, los del grupo intermedio prefirieron a sus padres, y los mayores estarían más de acuerdo en tomar la decisión ellos mismos. Las diferencias observadas son estadísticamente significativas ($\chi^2 = 10.4$, $P < 0.05$).

Aunque se trata de una encuesta piloto, con una muestra pequeña, es interesante apreciar la tendencia observada en el decisor principal.

¿Cómo podremos favorecer la comunicación con los niños y, sobre todo, irlos capacitando para participar cada vez más en las decisiones que les afectan? La Academia Americana de Pediatría nos proporciona algunas estrategias relacionadas con la edad de los niños que enlisto a continuación:

- A los de 2 a 3 años, dejarle la decisión de ser explorado en la mesa o en el regazo de su madre
- A los de 4 a 5 años, dirigir a ellos el interrogatorio
- De los 6 a los 8 años, dar a ellos las explicaciones del problema y del tratamiento. Ofrecerles la receta para comprometer su colaboración en el tratamiento
- En los de mayor edad, alguna parte de la consulta o de la visita efectuarla sin la presencia de los padres.

Una buena práctica es saludar primero al niño que a los papás, y recibirlos en la puerta del consultorio, encucillados, para que la figura del médico no sea tan grande que los inhiba. Seguramente ustedes diseñarán otras tácticas de igual o mayor eficacia, sólo hay que intentarlo.

Los problemas con los niños mayores pueden darse con referencia a la confidencialidad, punto fundamental de la relación médico-paciente; sobre todo, cuando el menor muestra que es capaz de tomar decisiones autónomas y nos pide que no lo comentemos con los padres. A ellos les agrada la confianza, sin embargo, es recomendable analizar los riesgos para la salud del paciente, sobre todo adolescente, en cuyo caso, si el riesgo es mayor, deberemos comentarles la necesidad de exponer a los padres aquello cuyo secreto profesional se nos pide.

Cuando existe conflicto entre padres e hijos, si los primeros están disponibles y la capacidad de los niños para la toma de decisiones está limitada, el médico deberá mediar en los desacuerdos.

La responsabilidad del médico consistirá en promover la autonomía del niño, evitar la influencia excesiva de los padres, reconocer sus valores y proyectos de vida, y sobre todo, cumplir con la responsabilidad de proteger los mejores intereses de los niños.

Comunicación con el adulto mayor

DR. JUAN JOSÉ GARCÍA GARCÍA

Médico Cirujano, egresado de la Facultad de Medicina, UNAM. Maestría en ciencias sociomédicas, área de epidemiología. Facultad de Medicina, UNAM. Profesor del depto. de medicina social, medicina preventiva y salud pública (actualmente de salud pública), desde el 16 de marzo de 1981. Profesor asociado "A", tiempo completo, desde 1990. Profesor de cursos extracurriculares para estudiantes de pregrado en el campo de la educación para la salud. Profesor en más de 20 cursos de actualización o monográficos, en las áreas de epidemiología, estadística, administración, salud en el trabajo, geriatría. Profesor de diversos diplomados: salud en el trabajo, enseñanza de la epidemiología, metodología de investigación. Profesor en distintas asignaturas del área de la medicina preventiva y social a nivel de especialización y de maestría. Responsable de la revisión y actualización de programas académicos de las asignaturas salud pública III y salud pública IV. Depto. Salud Pública. Coordinador de enseñanza de 3o. Y 4o. Año, del depto. De salud pública, de 1992 a la fecha. Ha publicado varios artículos en revistas nacionales.

Introducción

Hablar de comunicación es referirse a un proceso de compartir o intercambiar información, por lo que dentro del marco la relación médico-paciente, esta tiene que ver con la situación de salud de una persona con ciertas características en función de su edad.

Por otra parte es importante considerar qué tipo de médico participa, general o especialista; en qué lugar ocurre el encuentro, en el domicilio del paciente, en un consultorio, o en un servicio de hospitalización; y, si es en una institución pública o privada.

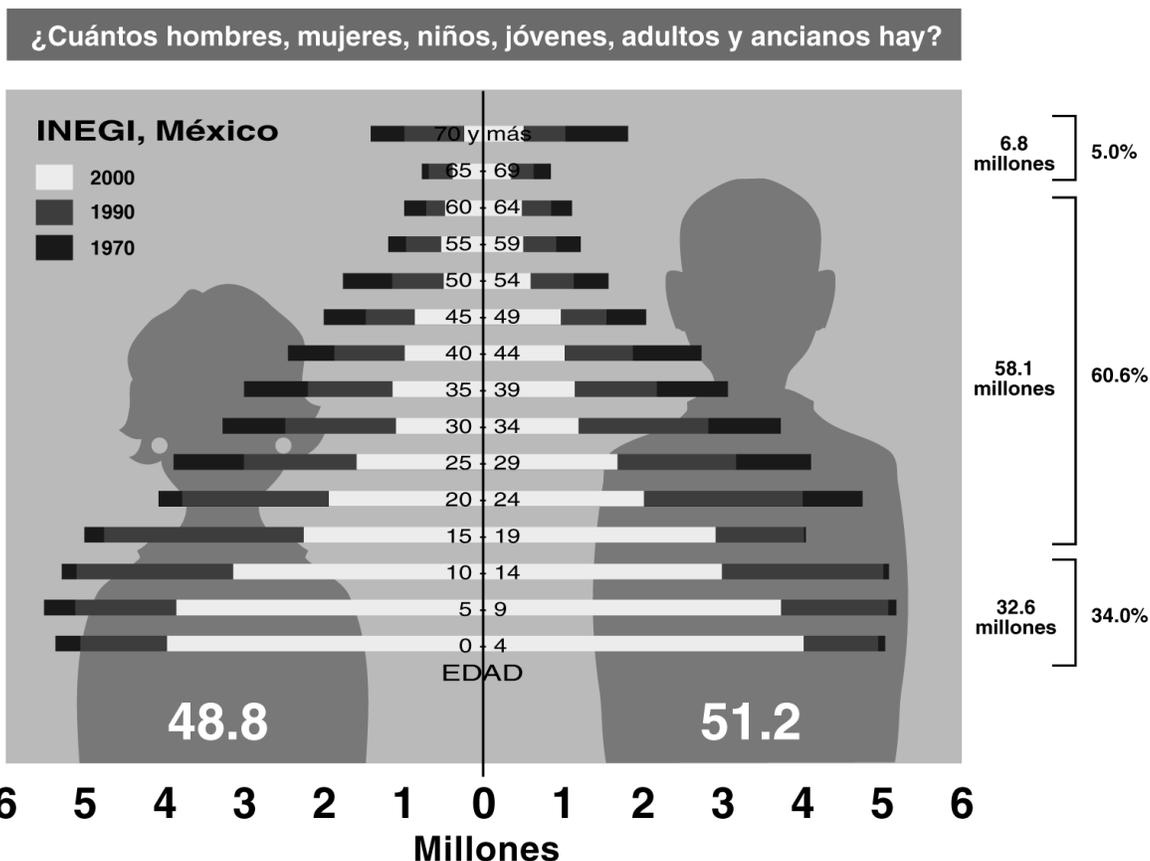
No obstante algunas particularidades, se intentarán presentar los aspectos que están implicados por ambas partes, así como algunas características relevantes del contexto.

Aspectos demográficos

Un hecho fundamental para ubicar la comunicación con el adulto mayor, es el crecimiento de este sector de la población, que de acuerdo con los datos censales, constituye alrededor del 5 % del total, con unos 7 millones de personas mayores de 65 años.

Comparada con la información de los censos de 1970 y 1990, la pirámide poblacional se ha ido ensanchando en su vértice.

El envejecimiento de la población muestra un componente de feminización.



El proceso de envejecimiento

Resulta sumamente difícil imaginar la relación médico paciente, y la comunicación de por medio, sin que el profesional de la salud posea un conocimiento técnico científico en torno a las características del envejecimiento desde un enfoque global, integrador, es decir, holístico.

Este conocimiento le permitirá contribuir a erradicar mitos o creencias equivocadas sobre el viejo, y a conformar una actitud favorable hacia el mismo.

Si bien, como ya se mencionó, el envejecimiento es un proceso que puede estudiarse desde el punto de vista demográfico, constituye un evento individual, pues es un hecho que no todas las personas envejecen al mismo ritmo, y aún más, no todos los sistemas orgánicos envejecen con la misma velocidad.

El médico debe conocer los cambios biológicos que ocurren durante el envejecimiento a fin de distinguirlos de datos asociados a patología; tener en mente los aspectos psicológicos; y ubicar los aspectos sociales y espirituales que

rodean al paciente, a fin de que pueda comprender la problemática de una condición particular de salud.

Resulta fundamental no equiparar envejecimiento a enfermedad.

Un aspecto relevante del adulto mayor, con diferentes facetas, lo constituyen las pérdidas asociadas al proceso de envejecimiento. Entre ellas la de la autoimagen física, social, económica; la aceptación o no de sí mismo; la pérdida de la pareja, de familiares y de amigos; la pérdida de la salud y de la funcionalidad. La pérdida de estatus, el retiro, la jubilación. Deberán tenerse presentes los procesos de duelo que cada caso implican.

En el grupo de 65 a 74 años los porcentajes de jubilación o pensiones son de casi 20 por ciento para los varones y 4 por ciento para las mujeres.

Por otra parte, los porcentajes de nupcialidad para los varones de este rango de edad se estiman en: 82 por ciento casado o en unión libre, 10 por ciento viudos y 7 por ciento solteros, divorciados o separados, mientras que las

mujeres presentan cifras de 53 por ciento casadas o en unión libre, 35 por ciento viudas y cerca de 12 por ciento solteras, divorciadas o separadas.

En el grupo de 75 a 84 años, cerca de 36 por ciento de los varones permanecen económicamente activos mientras que las mujeres lo hacen en 4 por ciento.

Mortalidad

Un indicador importante que nos acerca al tipo de problemas de salud más frecuentes en una población lo constituye la mortalidad. Tiene las limitantes de reflejar sólo la patología que puede conducir a la muerte, y por otra, de la calidad del registro.

Al respecto entonces, para la población de 65 años y más, las principales causas reportadas en el año 2000 fueron:

Principales causas de muerte en la población de 65 años y más. México. 2000

Orden	Descripción	Defunciones	Tasa 1/	%
	Total	216,412	4,536.03	100.0
1	Enfermedades isquémicas del corazón	32,182	674.54	14.9
2	Diabetes mellitus	27,506	576.53	12.7
3	Enfermedad cerebrovascular	18,949	397.17	8.8
4	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	13,831	289.90	6.4
5	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	7,711	161.62	3.6
6	Infecciones respiratorias agudas bajas	7,565	158.56	3.5
7	Enfermedades hipertensivas	7,341	153.87	3.4
8	Desnutrición calórico protéica	6,261	131.23	2.9
9	Nefritis y nefrosis	5,644	118.30	2.6
10	Tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón	4,112	86.19	1.9
11	Tumor maligno de la próstata	3,365	70.53	1.6
12	Tumor maligno del estómago	2,977	62.40	1.4
13	Tumor maligno del hígado	2,623	54.98	1.2
14	Úlcera péptica	2,096	43.93	1.0
15	Anemia	1,894	39.70	0.9
16	Tumor maligno del cuello del útero	1,682	35.25	0.8
17	Tumor maligno del páncreas	1,675	35.11	0.8
18	Enfermedades infecciosas intestinales	1,672	35.05	0.8
19	Accidentes de tráfico de vehículo de motor	1,621	33.98	0.8
20	Tumor maligno del colon y recto	1,450	30.39	0.7
	Causas mal definidas	6,205	130.06	2.9
	Las demás	58,050	1,216.74	26.8

1/Tasa por 100,000 habitantes

Los totales no incluyen defunciones de mexicanos que residían en el extranjero

2/ V02-V04 (.1, .9), V09.2-V09.3, V09.9, V12-V14 (.3-.9), V19.4-V19.6, V20-V28 (.3-.9), V29-V79 (.4-.9), V80.3-V80.5, V81.1, V82.1, V83-V86 (.0-.3), V87.0-V87.8, V89.2, V89.9, Y85.0

Fuente: Elaborado a partir de la base de datos de defunciones INEGI/SSA.

Como puede apreciarse, más de la mitad de las defunciones causadas por las primeras 10 causas fueron de tipo crónico, no transmisible, pero dentro de las primeras 20 causas, solamente las infecciones respiratorias e intestinales agudas, los problemas nutricionales y los accidentes entran en otra categoría de clasificación, pero éstas, en conjunto, apenas representaron 8% porcentaje rebasado únicamente por el grupo de los tumores malignos.

Esto nos plantea que el médico debe tener presentes algunas características generales del tipo de patología más común, dentro de las que destacan por ejemplo, su evolución asintomática en las fases iniciales, la prolongada evolución clínica, la irreversibilidad de los procesos de daño, la producción de discapacidad, la falta de tratamientos curativos.

La importancia de éstas características se magnifica al recordar que precisamente por sus largos periodos de latencia, éstos problemas de salud son más frecuentes conforme avanza la edad, y que la presencia de una enfermedad no inmuniza contra otra, de tal forma que más bien, tienden a coexistir potenciando el daño.

Discapacidad

Un componente importante relacionado con la atención del adulto mayor es la presencia de discapacidad.

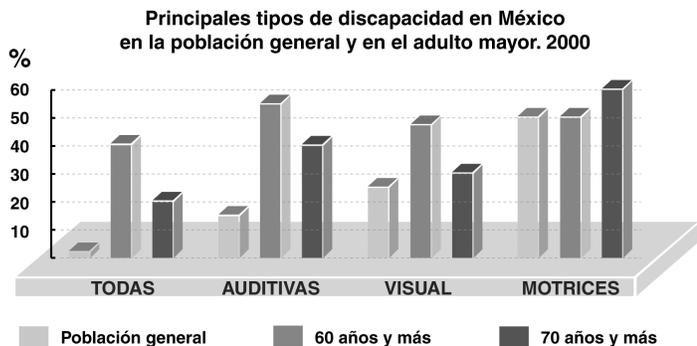
Los datos mostrados a continuación nos señalan una asociación con la edad avanzada.

Mientras que para el total de la población el porcentaje de personas con algún tipo de discapacidad es de alrededor de 2, 40 % de ellas se concentra en el grupo de 60 años y más, y la mitad de estas, en el grupo de 70 años y más.

Por lo que respecta a las discapacidades auditivas, más de la mitad se encuentran en la población de 60 años en adelante, pero 40 % del total se registran en el grupo de 70 años y más.

En cuanto a las discapacidades visuales y motoras, casi la mitad de los casos se registran en la población de 60 años y más, y alrededor de la tercera parte, en el grupo de 70 años en adelante.

Con esta perspectiva, resulta sencillo tener en cuenta que no es raro que un paciente tenga más de una condición discapacitante, y que estas pueden afectar la comunicación entre médico-paciente y familia.



Elementos de la comunicación

Entendida como un proceso, en el marco de la teoría de sistemas, involucra diversos elementos: un emisor, un receptor, un mensaje, un código, un canal, y, a partir de la reinterpretación por parte del receptor, una salida que representa la retroinformación.

Emisor y receptor

La comunicación humana entre dos seres, emisor y receptor, en el caso de la relación médico-paciente, representa intercambiar ese rol de manera dinámica y continua. No obstante, en la situación que nos ocupa, es necesario considerar dentro del proceso, además, a la familia, y, particularmente, al cuidador primario del adulto mayor. Generalmente será la pareja o uno de los hijos, quienes asumen este, es decir, quienes atienden las necesidades del paciente. Su presencia permitirá profundizar o confirmar algunos datos acerca de la condición del paciente.

Mensaje

La información que se intercambia entre emisor y un receptor constituye el mensaje.

Por parte del paciente, se refiere al motivo de consulta, y a los datos que por interrogatorio y exploración física percibe o busca intencionadamente el médico.

Por lo que al médico corresponde, dicho mensaje se relaciona, por ejemplo, con la notificación del diagnóstico, con la formulación del pronóstico y con el plan de manejo, ya sea preventivo, curativo o rehabilitatorio.

El mensaje no se limita a tener claro qué informar, debe considerarse a quién, cómo, dónde y cuándo.

Por lo que respecta al qué, es fundamental que la información que se proporcione al paciente y su familia sea correcta, de acuerdo con la evidencia disponible. En este sentido, resulta de la mayor importancia que el médico se encuentre permanentemente actualizado en su campo.

En relación a quién, además del propio paciente, ya se ha señalado la importancia de que en la entrevista clínica se encuentre presente un familiar a fin de involucrarlo en el cumplimiento de las indicaciones que el caso amerite.

En cuanto al cómo brindar la información acerca de la condición del paciente, es necesario tener la sensibilidad, el tacto para emplear los términos y las inflexiones de voz apropiadas, tratando de asegurarse que se ha comprendido el mensaje, y dejando el espacio para la aclaración de dudas.

Acerca de dónde y cuándo proporcionar la información, puede señalarse que dependen, por ejemplo, del ámbito físico en el que se desarrolla el encuentro, por una parte, y por otra, de la oportunidad que exige el caso para iniciar una intervención.

Código

El mensaje emitido, a su vez, se encuentra conformado por símbolos auditivos, visuales, olfativos, etc., que consti-

tuyen un código que el receptor debe ser capaz de percibir e interpretar adecuadamente. En este sentido, por una parte pueden reconocerse diversos "tipos" de comunicación, (verbal, no verbal y escrita), pero por otra, resalta la posibilidad de que los códigos sean incomprensibles para uno y otro.

En cuanto a la forma verbal, es necesario tomar en cuenta la importancia que adopta el volumen y tono de voz. Por lo que respecta al médico, esto puede traducir seguridad e inspirar confianza. Por parte del paciente, puede reflejar su condición clínica, un estado de gravedad, o asociarse con problemas de audición, por ejemplo.

La forma de dirigirse al paciente, puede, de entrada, facilitar u obstaculizar la entrevista clínica, cuando se le tutea, o se utilizan expresiones como "abuelito" o "madrecita", de tal manera que debe valorarse cuidadosamente. En este sentido, existe la recomendación de hablarle por su nombre y mirarle a los ojos, pues no es rara la queja de que el profesional se encuentra continuamente escribiendo y de que no voltea a ver al enfermo.

Otro aspecto fundamental de la comunicación verbal lo constituye el lenguaje utilizado, que debe ser acorde con las características biológicas, psicológicas y sociales de cada paciente. Hablando del adulto mayor, los términos empleados deben ser comprensibles, pero además debe verificarse que han sido escuchados y claramente entendidos.

En el rol de receptor, el médico debe ser capaz de comprender el lenguaje empleado por el paciente, no sólo en cuestión de idioma, que obviamente es esencial, sino en cuanto a modismos regionales y expresiones relacionadas con la descripción de los síntomas y el padecer del enfermo.

Por lo que se refiere a la comunicación no verbal, existen algunos aspectos a considerar por el mensaje implícito que llevan, como son, por ejemplo, la oportunidad en la atención brindada, la puntualidad para llegar o recibir al paciente, el tiempo dedicado a la atención, la actitud guardada ante la información proporcionada por el paciente y los datos recabados por exploración física, las expresiones faciales, el contacto físico, el respeto manifiesto.

Conviene resaltar que un lenguaje particular que el médico debe interpretar lo constituyen los símbolos verbales y no verbales asociados a la condición de salud del paciente, a la enfermedad y al padecer. Es decir, se trata de la competencia profesional para recabar, describir, analizar y sintetizar el conjunto de datos representados por los síntomas y signos, a fin de integrar un diagnóstico y desencadenar una intervención. La formación técnico científica resulta fundamental, además de la experiencia clínica adquirida, pero no debe pasar por alto el hecho de que el médico orientará su búsqueda de datos que considera útiles, de acuerdo con la concepción que tenga acerca del proceso salud-enfermedad, y que no necesariamente coincide con lo que la población, y en este caso un paciente específico, maneja al respecto, pues se trata de una construcción cultural.

Esta situación puede dar lugar a que el médico reste importancia a una queja del paciente cuando esta no se corresponde con el marco de la representación mental que el profesional tiene de la enfermedad.

Un elemento adicional, pero no menos importante, lo constituye el problema de que en el viejo la enfermedad puede adquirir formas de presentación clínica que resultan atípicas, comparadas con otros grupos de edad.

Una tercera modalidad de comunicación en la relación médico-paciente se da en forma escrita. Incluye las recetas previas que ha recibido el paciente y resultados de laboratorio y/o gabinete que le son presentados al médico como antecedentes. En la última etapa de este encuentro, las formas que adopta este tipo de comunicación son los documentos que ahora emite el profesional en relación al plan de manejo, y las instrucciones, si el caso lo amerita, para la realización de estudios complementarios.

El mensaje, entonces, es de carácter educativo, y aquello que de manera verbal ha sido expresado podrá reforzarse por escrito.

Las indicaciones de tipo higiénico y dietético, así como la prescripción de medicamentos deben quedar asentadas en la receta médica.

Un principio fundamental que debe reunir este documento es la legibilidad, a fin de que las indicaciones puedan ser llevadas de la mejor manera, para apoyar la llamada adherencia terapéutica.

En cuanto a la información sobre un tratamiento farmacológico, por ejemplo, la receta debe contener el nombre del producto, la presentación, dosis, posología, vía de administración, duración, relación con alimentos, posibles efectos adversos a vigilar, interacciones con otras sustancias. Deberá señalarse, asimismo, la fecha y horario de la próxima cita, o la posibilidad de dejarla abierta si el paciente lo requiere.

Canales

Por lo que se desprende de lo anterior, los canales de comunicación para transmitir un mensaje requieren estructuras anatómicas integrales y funcionales, (fonéticas, auditivas, visuales, olfativas), de tal forma que el proceso se entorpece si se ven afectadas por alguna lesión.

Como ya se señaló, el encuentro entre médico y paciente plantea de manera natural un intercambio de información, con lo que se da el elemento del proceso conocido como retroalimentación, sin el cual el flujo sería unidireccional y no habría comunicación como tal.

El ruido en la comunicación con el paciente

Además del fenómeno físico que está dado por un sonido perturbador, como pueden ser el del teléfono o de un radio localizador, en el proceso de la comunicación pueden existir otros componentes que tienen el mismo efecto, y que pueden proceder de una u otra de las partes que interactúan.

Respecto al médico, resaltan sus prejuicios sobre el viejo, y otros de carácter general en torno a la condición social del paciente, a las creencias, etc. Sin embargo, no puede ignorarse el papel que juegan como elementos perturbadores de la empatía con el paciente, su estado de ánimo, el cansancio, su propia salud, su entorno psicosocial, etc.

Por parte del paciente, obviamente las lesiones neurológicas o de los órganos de los sentidos que afecten la comprensión o la expresión, sin embargo, pueden ser relevantes la propia angustia y temores que la misma condición de salud, o el mismo ambiente hospitalario generen, los que impidan u obstaculicen la recepción de los mensajes que el médico le dirija.

El ruido puede también provenir de la interferencia causada por el familiar presente, aún cuando este no hable, ya que el paciente puede estar necesitando un momento de intimidad para expresar alguna información que atenta a su pudor, por ejemplo, o que pudiese ser reveladora de abuso y maltrato.

Reflexión final

En el proceso que nos ocupa, la comunicación con el adulto mayor, debemos señalar que el médico debe ser técnica y científicamente competente para estudiar e intentar resolver los aspectos biomédicos de la enfermedad, para lo cual debe ser capaz de comprender al paciente, al ser humano, en su condición de salud, inmerso en un contexto particular, involucrando a la familia en la atención que se requiera.

La Comunicación entre el Paciente Mayor Latino y el Médico

DRA. MARTHA SOTOMAYOR

Se graduó de la Universidad de California en Berkeley, obtuvo una maestría en Servicios Sociales de Smith College en Massachusetts y un doctorado de la Universidad de Denver, Colorado. Tiene una vasta experiencia en los sectores públicos, privados, no lucrativos y corporativos y a nivel académico. Desempeñó las posiciones de: administrador-asociado en la administración de servicios de salud mental, abuso de drogas y alcohol. Jefe de programas de post-grado en el Instituto Nacional de Salud Mental. Vice-rector en la Universidad de Houston. Asimismo, fue una de las personas latinas que trabajó más años en el Departamento de Salud y Comité de Servicios Humanos en Salud para la Minoría. Fue miembro del Comité Nacional de la Organización Habitat II y fue designada por la Secretaría del Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de los Estados Unidos para formar parte de la Delegación

Oficial en la Conferencia en Estambul, Turquía. La experiencia en voluntariados varía desde haber sido miembro de varias mesas directivas, Comités y Comisiones a nivel Federal, incluyendo la Comisión diseñada por el Presidente de los Estados Unidos para la Salud Mental; Secretaria del Comité de Estados Unidos para los Derechos y las Responsabilidades de las Mujeres; miembro de la Comisión de Estados Unidos en la UNESCO y consejera del programa nacional de liderazgo de la fundación W.K. Kellogg. Ha escrito un sin número de publicaciones incluyendo el fortalecimiento de las familias hispanas, los ancianos hispanos: temas y soluciones para el siglo XXI, en triple peligro: la mujer hispana anciana, los ancianos hispanos: una firma cultural y su más reciente, la familia: tradiciones y realidades. Ha sido presidente y directora ejecutiva del Concilio Nacional Hispano para el envejeciente desde el año 1986.

La población mundial está envejeciendo. El número de personas de más de 65 años de edad se triplicó durante el siglo XX. Mientras los países desarrollados han envejecido durante los últimos 100 años, los países en desarrollo están envejeciendo en los últimos 30 años. Las razones son varias: reducción de la tasa de nacimiento, inmigración global, avances científicos, acceso a servicios médicos y uso de esos servicios médicos.

La notable transición demográfica en curso dará lugar a que jóvenes y personas de edad avanzada tengan una misma representación en la población mundial a mediados de siglo. Globalmente, se espera que la proporción de personas de 60 años y más se duplique de 10 por ciento a 21 por ciento entre los años 2000 y 2050, mientras que la proporción de niños disminuirá un tercio, de treinta por ciento a 21 por ciento (Segunda Asamblea Mundial sobre Envejecimiento - Plan de Acción Internacional de Madrid).

En el año 1900 uno de cada 25 Estadounidenses tenía más de 65 años, en 1994 uno de cada 8 y en el año 2050 una de cada 5 personas tendrá más de 65 años. Para el año 2010 casi la mitad de todas las mujeres en el mundo tendrán por lo menos 50 años de edad, con la probabilidad que el 50 por ciento de cada niña que nace hoy, vivirá hasta los 100 años y vivirá en un estado de salud relativamente bueno. Asimismo, un creciente número de personas envejecientes están cuidando a sus nietos y bisnietos, por lo que viviremos en hogares intergeneracionales con tres a cuatro generaciones viviendo en el mismo hogar.

Proyecciones de Envejecientes Hispanos

En el año 2000, el 5.6 por ciento de la población envejeciente que residía en los Estados Unidos era hispana. Para el año 2028 se proyecta que la población hispana de más de 65 años será el grupo racial étnico minoritario más