

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

grande en esta categoría. De la misma manera, se espera que en el año 2050 la población de hispanos envejecientes represente el 17 por ciento de la población total de envejecientes. Aunque hace algunos años atrás los hispanos se concentraban en los estados del suroeste (Texas, California, Colorado, Nuevo México, Arizona), ahora se encuentran en todas partes del país con grandes concentraciones en Texas, Nueva York, Florida y California. Aproximadamente el 10 por ciento o 20 millones de la población en este país son latinos. Este es un número conservador pues no tiene en cuenta a la población indocumentada. Los hispanos de origen mexicano constituyen el 63 por ciento de toda la población latina, seguidos por los puertorriqueños, cubanos, centroamericanos y sudamericanos. No todos los hispanos son inmigrantes, aproximadamente el 64 por ciento han nacidos en el país. Del resto, el 36 por ciento o la mitad, entraron al país entre 1980 a 1990 o hace unos 20 años, por lo que ellos se encuentran ya entre la población envejeciente.

La situación socioeconómica entre estos grupos hispanos o latinos varía, pero en general la situación económica es más precaria que la del resto de la población. Sus ingresos son muy bajos – el 25 por ciento son pobres comparado al 10 por ciento de la población en general. Además tienen menos años de educación formal con una gran proporción de personas que no leen en español o en inglés. Por otra parte, la pobreza se traduce en mala nutrición, acceso limitado a servicios médicos y dificultades para manejarse en un sistema médico que aunque es uno de los mejores en el mundo, es también uno de los más caros y más difíciles de utilizar. Todos estos factores contribuyen a más enfermedades usualmente crónicas que requieren una mayor atención médica por más tiempo y por mayor costo. Estas enfermedades como la diabetes y las enfermedades cardiovasculares podrían prevenirse y manejarse si tan sólo se tuvieran acceso a servicios médicos.

Acceso Limitado a Servicios Médicos

- Los latinos en los Estados Unidos más que otro grupo en el país no tienen acceso a atención médica con regularidad.
- Más de una tercera parte no saben dónde recibir servicios médicos.
- Las personas que tienen acceso a los servicios médicos generalmente recurren a hospitales, salas de emergencia, clínicas comunitarias u otros servicios brindados por la salubridad pública.
- La falta de transporte es una barrera para los envejecientes que no tienen o no saben manejar un auto.
- La razón más frecuente para un acceso limitado a los servicios médicos es la falta de cobertura médica usualmente provista por el empleador. Más de tres cuartas partes de la población hispana carecen de seguro médico. En un país donde estos servicios son demasiado

caros, la falta de seguro médico es la barrera más difícil de romper.

Los hispanos de más de 65 años de edad que han trabajado algún tiempo y han contribuido a Medicare, gozan de cobertura para la mayor parte de los costos médicos, exámenes de laboratorio, prevención y otros servicios como mamogramas, manejo de diabetes, hospitalización y ciertas medicinas. Medicaid, fondos federales y estatales, cubre los servicios médicos a largo plazo incluyendo hospitalización.

La mayor parte de los envejecientes hispanos no tiene acceso a estos programas debido a que no son elegibles ya que no contribuyeron al fondo de Medicare, no tienen conocimiento del programa y no se inscriben, no conocen las reglas y las políticas del programa o no saben cómo aplicar o dónde aplicar.

La falta de conocimiento del idioma tiene que ver mucho con el acceso y uso de estos programas. Un 50 por ciento del envejeciente hispano tiene problemas para hablar inglés y un 50 por ciento habla sólo español.

El modelo de servicios médicos que requiere una parte activa por parte del paciente en el diagnóstico y pronóstico es por sí mismo una barrera para que los hispanos puedan usarlo. Sin poder hablar inglés, el paciente no se puede comunicar con el proveedor de servicios. El hispano no está acostumbrado a cuestionar al médico y su nivel de educación no le permite ser un paciente activo y conocedor que ayude al médico a diagnosticar. Si necesita un intérprete, un miembro de la familia sería el intérprete más conveniente, pero rara vez es la mejor selección. La persona mayor no se siente a gusto al discutir problemas relacionados con la salud que son muy personales e íntimos, cuando el miembro de la familia es joven como un nieto o nieta, especialmente si es del sexo opuesto. Además, no hay garantía que esa persona entienda bien el problema médico para traducir adecuadamente. El sistema de servicio manejado no permite que el médico pueda establecer una relación que promueva la comunicación. La relación profesional se basa en relaciones personales pero sin comunicación no es posible entenderse. Cada médico debe examinar cierto número de pacientes al día y no puede brindar más de unos minutos a cada uno. Los pacientes y familiares se sienten más a gusto con los médicos que toman más tiempo para atenderlos y de esta manera se establecen lazos de confianza y respeto.

Como resultado de todas estas trabas para lograr tener un servicio médico adecuado, se tiene a una persona mayor que se siente de menos valor porque no puede comunicarse en inglés, no puede explicar claramente su situación para recibir ayuda, tiene que compartir asuntos personales con alguien más joven o un desconocido y tiene que hacerle en unos cuantos minutos. Usualmente el paciente no regresa a la segunda consulta médica y prefiere el uso de métodos tradicionales: el puertorriqueño prefiere el espiri-

tismo, el cubano la santería, el mexicano al curandero o simplemente el vecino o el familiar comparte los medicamentos que le recetaron y cree que le servirán a todos. Hay que reconocer también que varios grupos hispanos no aprecian la comunicación directa, al punto y sin rodeos, que es típica del estilo de la comunicación del anglosajón. Nuestro español es muchas veces entre líneas y hasta en indirectas, además que embellecemos nuestros mensajes mucho más que en inglés.

El idioma no es el único factor cultural que afecta a la interacción y comunicación con los hispanos mayores. Existen otros factores que son tan importantes como el idioma, por ejemplo, las reglas culturales de la interacción entre las diferentes edades basadas en respeto, el papel que uno toma dentro de la familia y la comunidad y el respeto que se le tiene a los que juegan papeles con autoridad incluyendo al médico. Los pacientes hispanos envejecientes en su gran mayoría no preguntan, no cuestionan los conocimientos o experiencia de los médicos, no piden clarificación y aceptan la palabra del médico, la entiendan o no.

En el año 2000, el Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos publicó 14 estándares para que los servicios médicos y sociales sean cultural y lingüísticamente apropiados. Se reconoce y aseguran que todas las personas tienen derecho a recibir los mejores servicios equitativamente. Cuatro de estos estándares se refieren a la importancia de proveer servicios en el idioma del paciente. Asimismo, se reconoce que la cultura y el idioma son partes integrales de cómo nos definimos y quiénes somos. La inmigración global ha promovido una gran diversidad cultural, racial y étnica en la mayor parte de las poblaciones del mundo. Esta diversidad requiere que ciertos principios de conducta sean establecidos en los servicios médicos y sociales, en los cuales la comunicación entre los participantes es el elemento básico para la interacción profesional. Los estándares son:

- Trabajar con una amplia variedad de personas culturalmente diferentes o similares y establecer vías para aprender acerca de las culturas de estos pacientes.
- Evaluar el significado de cultura tanto para los pacientes individuales como para los pacientes en grupo, animar la discusión abierta de diferencias y responder a las señales culturalmente parciales.
- Dominar las técnicas de entrevista que reflejan una comprensión del papel del lenguaje en la cultura del paciente.
- Seleccionar y desarrollar apropiados métodos, destrezas y técnicas que sean adaptadas a las experiencias culturales, biculturales y marginales de los pacientes en sus medio ambientes.
- Generar una amplia variedad de habilidades de comunicación verbales y no verbales en respuesta a los estilos de comunicación directos o indirectos de los diversos pacientes.

- Entender la interacción de los sistemas culturales del médico, del paciente, del particular entorno de la agencia y de la comunidad principal inmediata.
- Utilizar eficazmente el sistema de ayuda natural del paciente en la resolución de problemas, por ejemplo, curanderos populares, líderes religiosos y espirituales, familias y otros recursos de la comunidad.
- Demostrar las habilidades de defensa y de fortalecimiento en trabajo con los pacientes, reconociendo y combatiendo los «isms», los estereotipos y los mitos de los individuos y las instituciones.
- Conducir una evaluación entendible de los sistemas del paciente en los cuales las normas y los comportamientos culturales se evalúan como fuerzas y se distinguen de comportamientos problemáticos o sintomáticos.
- Integrar la información ganada de una evaluación culturalmente competente en planes de intervención culturalmente apropiados e involucrar a pacientes y respetar sus elecciones en el desarrollo de metas para el servicio.
- Identificar los sistemas o modelos de servicio de entrega que son apropiados para la población de pacientes a servir y hacer las referencias apropiadas cuando sea indicado.
- Consultar con los supervisores y colegas para el monitoreo del funcionamiento e identificar las características de su propio estilo profesional que impiden o realzan su práctica culturalmente competente.
- Evaluar la validez y la aplicabilidad de nuevas técnicas, investigación y conocimiento para el trabajo con los diversos grupos de pacientes.

Comunicación Humana y Adherencia Terapéutica

DRA. NORMA JUÁREZ DÍAZ GONZÁLEZ

Médico cirujano con título de la Facultad de Medicina de la UNAM. Especialista en medicina interna con certificación vigente por el consejo mexicano de medicina interna. Certificada en medicina crítica y terapia intensiva. Actividad docente como ayudante de profesor de la facultad de medicina de la UNAM 1973-1975 y de 1984 a 1999. Investigador asociado en el Instituto Mexicano del Seguro Social desde 1995. Consejera titular de Consejo Mexicano de Medicina Interna. Presidente electa del Consejo Mexicano de Medicina interna, 21 trabajos publicados en el área de medicina crítica y enseñanza. Coeditora de revista médica IMSS 1991-1995. Ex jefe de enseñanza del hospital de especialidades, CMN Siglo XXI, IMSS, 1989-91. Jefe de la División de Documentación en Salud, Coordinación de Educación Médica IMSS, 1991-2000. Subdirectora técnico-