Entrevista con el anciano

Miguel Ramírez Romero
Residente de Medicina Familiar y Comunitaria.
EAP de Cartuja. Unidad Docente MFyC de Granada.
Distrito Sanitario Atención Primaria. Granada.

Fermín Quesada Jiménez
Médico de familia.
EAP de Cartuja. Unidad Docente MFyC de Granada.
Distrito Sanitario Atención Primaria. Granada.

«A los pacientes geriátricos hay que clasificarlos por sus problemas, no por su edad»
M. Lipkin

«A menudo, una visión fatalista por parte del profesional lleva a actitudes de desresponsabilización, que pueden convertirse en la peor de las interferencias...»
José M.ª Bosch Fontcuberta

PUNTOS CLAVE

- **La población anciana va en aumento.**
- **El anciano tiene, a menudo, variados problemas médicos, combinados con deterioros funcionales, sociales, psicológicos y económicos. Esta mezcla es lo que hace diferente la entrevista con el anciano.**
- **El anciano requiere más tiempo que la población general.**
- **Es importante cuidar los elementos de comunicación no verbal.**
- **Es fundamental mantener el contacto visual facial, tanto en la fase exploratoria como en la resolutiva.**
- **Es importante hablar con frases cortas, lentamente, de forma clara y no gritar.**
- **Es conveniente dar instrucciones por escrito.**
- **Es muy útil realizar resúmenes frecuentes, repetir y comprobar asimilación.**

INTRODUCCIÓN

Está demostrada la importancia de una adecuada comunicación entre los profesionales sanitarios y los pacientes. Una buena comunicación facilita las tareas diarias y evita demandas y enfrentamientos. La mayor parte de las quejas del público no se refieren a la competencia y capacitación del médico, sino a problemas de comunicación. La insatisfacción creciente de la población con la profesión médica está relacionada, en buena parte, con las deficiencias en la comunicación clínica (Consenso de Toronto, 1991). Una buena comunicación entre médico y paciente mejora la evolución clínica, el cumplimiento del tratamiento, la satisfacción de los usuarios y los profesionales, y el uso de los recursos y del tiempo (al utilizar habilidades de entrevista clínica, el médico gestiona mejor el tiempo, ordenando mejor la consulta y permitiendo que se aproveche mejor). La entrevista clínica es el instrumento más utilizado por los profesionales: el núcleo de nuestro quehacer diario. En atención primaria de salud es la «tecnología» sanitaria esencial para comunicarnos, educar, diagnosticar, tratar y controlar a los pacientes; su importancia se ve incrementada por el carácter continuado de nuestra relación con ellos a lo largo de su vida[1].

Acostumbramos a aceptar la definición de anciano según el criterio edad, pero es una definición que va cambiando con el tiempo y las circunstancias de la sociedad (Reino Unido 80, OMS, 65 años), no sólo por los cambios en la esperanza de vida sino también por la evolución que ha tenido la sociedad en todos los niveles. En la época dominada por la Revolución Industrial, *anciano* era el no productivo, de ahí que ahora se asimile anciano a jubilado, es decir a los 65-70 años según las profesiones. A mitad del siglo XX una persona de 65 años era un anciano con escasa autonomía que requería apoyo y cuidados. En la actualidad esto podría corresponder a un anciano de 75-80 años, puesto que cada vez los pacientes llegan más a una edad avanzada en un estado de salud aceptable. No es igual la edad cronológica, la humana, la biológica, la psicológica y la social. La calidad de vida actual hace que prácticamente hasta los 75 años las personas estén en muy buen estado y que puedan ser totalmente autónomas, aumentando a partir de esta edad la dependencia[2].

La comunicación con la población anciana tiene una especial importancia debido a que el 16% de los habitantes de

nuestro país tienen más de 65 años, lo que obliga a los servicios sanitarios a dar respuesta a las necesidades y problemas de salud de más de 7 millones de personas ancianas. Además, la previsión en los próximos años es que siga aumentando la fracción de ancianos en la población general, como consecuencia del aumento de la esperanza de vida y la disminución de la natalidad en los países desarrollados[3].

El anciano presenta más enfermedades y consume más recursos que la población general, tanto en el medio ambulatorio como en el hospitalario. En Estados Unidos, la gente mayor de 65 años visita a su médico una media de ocho veces al año, mientras que la media de visitas en población general se sitúa en torno a cinco[4]. Si se comparan con otras edades, los pacientes ancianos hospitalizados son los de más alto riesgo para sufrir efectos adversos debidos a negligencia profesional[5].

CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN ANCIANA

La población anciana comparte una serie de características que debemos tener en cuenta al acercarnos a su realidad. Sin este acercamiento necesario, los intentos de comunicación resultan del todo infructuosos.

Se ha señalado que los ancianos son en su conjunto mucho más heterogéneos que otros grupos etarios, en especial en lo que a sistemas de creencias se refiere, y esto se debe a la mayor diversidad de vivencias acumuladas a lo largo de toda una vida.

A pesar de esto, comparten una serie de características de salud: el envejecimiento normal en sí, que es distinto de las enfermedades propias de la senilidad, se caracteriza por presentar una serie de cambios fisiológicos que conllevan una mayor vulnerabilidad a enfermedades y problemas de salud. Es habitual que presenten más de una enfermedad, con más de un órgano afectado; también es habitual que presenten enfermedades crónicas y progresivas, todo ello condiciona una mayor complejidad clínica.

Condicionada por esto, su relación con los servicios sanitarios también presenta unas características propias: tienen contacto con varias especialidades médicas, presentan frecuentemente enfermedades que el sistema sanitario no cura, que reducen la autonomía y la capacidad funcional, y con importantes repercusiones económicas y sociales. Por todo ello, su consumo de recursos es abundante (frecuentación, farmacia, visitas a domicilio, pruebas complementarias)[6,7].

CREENCIAS DE LOS PROFESIONALES

En consonancia con lo anterior, los sanitarios nos hacemos un estereotipo («ancianismo») por el que estos pacientes tienen escasa salud, están socialmente deprimidos, son rígidos en sus puntos de vista, están deteriorados cognitivamente, son infelices, sin elementos sexuales en sus vidas y condenados a la senilidad.

Podríamos decir que ¿por qué los llamamos ancianos, cuando en realidad queremos decir... pesados, «cromos», hiperfrecuentadores, problemáticos, etc.?

El profesional piensa que el paciente anciano es lento, que está poco aseado y describe sus síntomas de forma tortuosa y prolija, lo que hace que las consultas se prolonguen.

Como presentan múltiples diagnósticos previos y tratamientos variados, existen más dificultades de manejo, mayor numero de interacciones medicamentosas y más posibilidades de errores.

En resumen, no nos gusta tratarlos, pero además trivializamos los problemas médicos de los ancianos, sugerimos menos regímenes preventivos o tratamientos agresivos que cuando el paciente es joven y gastamos menos tiempo en atenderlos[8].

CARACTERÍSTICAS DE LA COMUNICACIÓN (tabla 1)

Existen determinadas características de los pacientes ancianos que influyen notablemente en todo tipo de comunicación con ellos, no sólo en el encuentro entre médico y paciente, y que deben ser especialmente tenidas en cuenta por los clínicos que tratan con ellos[9,10].

En el plano más biológico, las deficiencias sensoriales, especialmente las auditivas, aunque también las deficiencias visuales, tienen un papel muy importante. La presbiacusia es probablemente el déficit sensorial más presente y también el que más impacto produce en la comunicación. La incidencia aumenta con la edad, de manera que a partir de los 70 años un 70-80% de las personas están afectadas[11]. Los déficits visuales dejan también una gran huella en la vida de la persona, tanto es así que los ancianos que los sufren tienen el doble de posibilidades de tener dificultades con las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria comparados con los que no tienen pérdidas visuales.

Son igualmente prevalentes las limitaciones funcionales. Pasar a la camilla de exploración puede suponer un tiempo, unos medios y un esfuerzo que se han de tener muy en cuenta a la hora de diseñar estrategias de abordaje de estos pacientes.

Asimismo, el deterioro cognitivo tiene una prevalencia que va en aumento con la edad, de manera que un 2% de las personas de 65-69 años presenta grados moderados o más graves, mientras que en los mayores de 90 años esto aumenta hasta un 30%[12]. El impacto de la demencia en la comunicación es muy

Tabla 1

Características generales de la entrevista del anciano y actuaciones posibles

Característica	Actuación
1. Enlentecimiento en el habla	Mantener un ritmo más lento. Aplicar mayor tiempo de entrevista
2. Mayores silencios	Disminuir la reactividad. Técnicas de apoyo narrativo. Evaluar su estado cognitivo y emocional
3. Presencia de déficits sensoriales (vista y oído)	Disminuir la distancia interpersonal. Eliminar barreras (mesa). No gritar. Mantener la iluminación adecuada. Favorecer el contacto físico
4. Presencia de déficits cognitivos. Dificultades en el lenguaje	Incrementar la comunicación no verbal (gestual). Solicitar la colaboración del acompañante. Adoptar una actitud tranquilizadora
5. Expresividad no verbal menos filtrada	Desarrollar la lectura de las expresiones emocionales
6. Exposición de información poco relevante. Infravaloración o negación de síntomas	Obtener información específica. Interrogatorio sistemático, más directivo
7. Menor capacidad para retener información	Proporcionarla lentamente. Con reiteración. Favorecer bidireccionalidad. Comprobar asimilación. Entregar instrucciones por escrito
8. Presencia de creencias muy estructuradas	Actitud negociadora, flexible y realista

Modificada de José María Bosch Fontcuberta (presentado en el VI Taller de Entrevista Clinica. Tenerife; 1995).

importante, pero no se puede caer en la generalización de que toda persona con algún grado de deterioro cognitivo es incapaz legalmente, no puede participar en su cuidado y tiene perdidas toda capacidad intelectual o emocional. La evaluación cuidadosa de cada persona cobra especial relevancia en este caso[3].

Emocionalmente, si bien ya hemos citado la amplia diversidad ante la que nos encontramos, en general se trata de personas con fuertes convicciones y creencias muy estructuradas en comparación con otros grupos. La incidencia de trastornos de ansiedad y sintomatología depresiva está más presente, y es más difícil obtener información de ellos que de otros pacientes. Un estudio encontró una posibilidad del 50% de no hablar de temas médicos que preocupaban al paciente en la entrevista. Este porcentaje aumentaba a un 60% si el motivo de preocupación era de índole psicosocial, y aumentaba conforme más corta era la visita médica y más larga la lista de demandas del paciente[13].

Desde el punto de vista sociocultural es importante asimismo tener en cuenta que en nuestra sociedad el grado de analfabetismo, por razones históricas, también va en aumento con la edad. Asimismo, las diferencias etarias entre médico y paciente condicionan unas diferencias culturales que dificultan grandemente a los clínicos acercarse a las realidades de sus pacientes.

Por otro lado, los encuentros entre médico y paciente en este intervalo de edad tienen la particularidad de que se producen con la presencia de una tercera persona mucho más frecuentemente que a otras edades, exceptuando, claro está, la pediátrica. Se ha evaluado esta frecuencia, y en algunos estudios se ha notificado un 57% de visitas con terceros. La importancia de esta tercera persona en el encuentro ha sido escasamente evaluada hasta el momento[9].

DIFICULTADES DE LOS PROFESIONALES

Los profesionales sanitarios, al enfrentarnos a la entrevista clínica con el anciano, tenemos algunas dificultades[8,9]:

- Contratransferencia: como la transferencia, la contratransferencia está presente en todo encuentro entre médico y paciente. Se define como los sentimientos y emociones que despiertan en nosotros los pacientes, tanto conscientes como inconscientes. Médicos que atienden a pacientes de la misma edad que sus padres y abuelos pueden reaccionar de forma superprotectora o defensiva. Puede crearles incomodidad tomar decisiones difíciles sobre ellos.
- El tiempo: es una barrera importante. El paciente anciano necesita más tiempo en la consulta, tiempo del que apenas disponemos. Se expresa más lentamente, tarda más en desvestirse, etc. Además, se trata de personas con escasa capacidad para seguir pautas terapéuticas (hábitos de vida muy estructurados y poco adaptables a cambios), lo que provoca en los profesionales intentar ahorrar tiempo con ellos en las consultas[14].
- Formación en geriatría deficiente: la geriatría no se estudia en el pregrado, y la mayoría de los profesionales tienen una formación autodidacta en esta materia. La falta de formación en las enfermedades de los ancianos es una fuente de errores y frustraciones, tanto para el médico como para el paciente[15].
- Formación en habilidades de comunicación deficiente: es especialmente deficiente en relación con la población ancia-

na, lo que hace que nos sintamos mal al terminar la entrevista, y el anciano se convierta en un paciente-problema a medio o largo plazo[14].
- Inadecuación entre expectativas y necesidades del paciente: es frecuente en los ancianos.

El problema en el abordaje del anciano no es el diagnóstico y tratamiento, sino el manejo global. En el momento en que los ancianos más necesitan a sus médicos, estas barreras hacen que la comunicación entre ambos grupos sea peor que con otros sectores de la población.

PROPUESTA DE ABORDAJE (tabla 2)

Comunicación no verbal

Tanto el paciente como los profesionales, lo primero que notamos cuando interactuamos es la comunicación no verbal, lo que se expresa por nuestros gestos y movimientos, que a veces pueden marcar toda la entrevista. Comentaremos algunos aspectos importantes[14]:

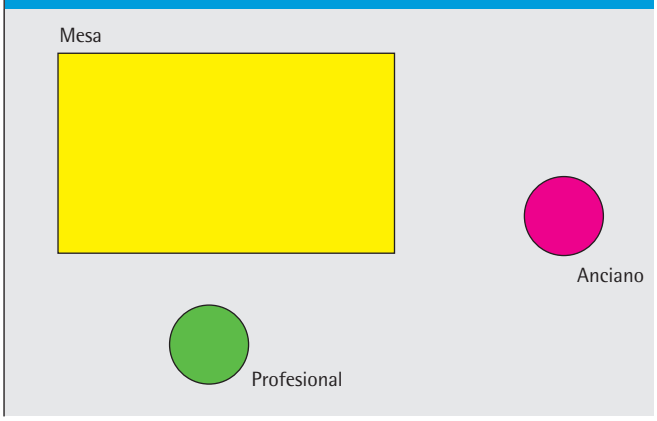
Tabla 2

Propuesta de abordaje

Comunicación no verbal	• Ambiente de cordialidad • Cercanía • Amabilidad, sonrisa • Baja reactividad • Observar los déficits sensoriales • Empatía
Fase exploratoria	• Técnicas de apoyo narrativo
Exploracion fisica	• Explicar lo que estamos haciendo
Fase resolutiva	• Necesitan más tiempo para asimilar la información • Hablar: - En tono más bajo - Lentamente - Pronunciando con claridad - Usando frases cortas, de significado sencillo - Utilizando preguntas cerradas - Repitiendo las preguntas • Instrucciones por escrito • Complementos visuales táctiles • Asegurar la bidireccionalidad, asegurar que comprende • Actitudes negociadoras flexibles • Dar alternativas • Comprobar la asimilación

Figura 1

Distribución del espacio entre médico y paciente (modelo inglés)



- Ambiente de cordialidad: el clima de la entrevista es básico para atender al anciano. Por los déficits que comentábamos antes es frecuente que se sienta menos seguro, por lo que nuestra actitud hacia él debe hacerle comprender que se encuentra en un espacio provechoso para él.
- Cercanía: los ancianos tienen menor espacio «burbuja» (distancia que un paciente no desea que sea traspasada sin su permiso) que la población general, por lo que suele ser positivo en la entrevista mantenerla a una distancia que permita la visión y audición clara, e incluso el contacto físico. Sentar al paciente a nuestro lado facilita la regulación de la distancia, mantener el contacto visual facial y permite el contacto físico si es necesario, además de dejarnos ver al paciente de cuerpo entero (figura 1).
- Amabilidad, sonrisa: la sonrisa es un precursor de la empatía y predispone a un desarrollo positivo de la entrevista.
- Baja reactividad: la baja reactividad consiste en que el profesional sea capaz de guardar silencio unos segundos cuando el paciente termina de hablar, para darle tiempo a continuar o a ordenar sus emociones e ideas. El anciano suele expresarse más lentamente que la población general, por lo que esta característica, de buen comunicador, es especialmente importante aquí.
- Observar los déficits sensoriales: conforme entra el paciente, seremos conscientes de cómo se mueve, cómo se sienta, si ve bien, si oye adecuadamente, y esto nos permitirá adecuar nuestra entrevista a las circunstancias concretas de cada paciente anciano.
- Empatía: Borrell nos dice que no debería salir ningún paciente de nuestra consulta sin al menos una frase empática. El anciano suele tener sus esquemas mentales y estructura de pensamiento muy elaborados y poco flexibles. Saber que el profesional comprende su punto de vista, sus preocupaciones y emociones, aunque no los comparta, hace que

mejore su satisfacción. Se puede expresar de forma verbal y no verbal.

Fase exploratoria

El saludo debe ser cordial, y el paciente debe sentirse reconocido. Si se llama a la consulta personalmente (aconsejable), es mejor salir a llamar al paciente por su nombre. El saludo será adecuado al patrón cultural en que nos encontremos. Si es posible, es conveniente dar la mano al entrar, ya que predispone a un adecuado desarrollo de la entrevista. Si no, puede ser suficiente algún tipo de contacto físico que haga al paciente valorar que es bien acogido.

Usaremos técnicas de apoyo narrativo. El paciente debe ser consciente de que le estamos escuchando de forma activa. Para ello es importante el contacto visual facial (mirar a la cara del anciano, a la zona comprendida entre las cejas y la boca, en pequeñas ráfagas de segundos) y utilizar técnicas de apoyo narrativo, como asentimientos, cabeceos, frases del tipo «siga, siga...», «le escucho...», adecuado uso de los silencios y frases de repetición, reflexión o señalamiento.

La información debe obtenerse con tacto, ya que un interrogatorio excesivamente dirigido o realizado de forma mecánica puede vivirse de manera invasiva.

La recogida de datos debe ser especialmente cuidadosa, ya que pueden presentar síntomas, y no referirlos porque los consideren normales para su edad. No es que el paciente quiera engañar, es que no los considera merecedores de ser contados. Por ello es importante una recogida sistemática de datos. También es importante recoger información proporcionada por el acompañante, familiares y cuidadores. Conviene dirigirse en primer lugar al paciente para posteriormente solicitar la colaboración del acompañante. Se debe evitar caer en la tentación de hablar primero con el acompañante, con el que nos es más fácil comunicarnos, porque al sentirse excluido, podemos provocar sentimientos de rechazo hacia el profesional por parte del anciano. A veces puede ser útil verbalizar la preocupación expresada por el acompañante o familiar cuando el paciente no muestra conciencia del mismo («Su hija parece preocupada por usted últimamente, ¿qué podría comentarme sobre ello, Sr. ...?»). Es también un objetivo de la entrevista trabajar con los cuidadores y familiares, obteniendo información de éstos sobre el estado del paciente, educándolos en el cuidado del anciano, evaluando su capacidad y habilidad como cuidadores e intentando cuidarlos para que la carga no les sobrepase.

Acompañamiento en la exploración física

Debemos comentar lo que estamos haciendo: a todo paciente se le debe explicar qué exploraciones se le van a realizar. Pero esto es especialmente relevante ante los pacientes ancianos, que por un lado pueden tener dificultades de entendimiento y movilidad, y por otro se amoldan peor a cambios y situaciones bruscas.

Fase resolutiva

Después de la fase exploratoria, cuando el profesional ha comprendido los problemas del paciente, comienza a emitir la información y a explicar los resultados de los hallazgos obtenidos. Debemos tener en cuenta diversas cuestiones.

Estos pacientes necesitan más tiempo para asimilar la información, pero habitualmente queremos abreviar el tiempo de consulta, ya que por las características antes comentadas, éste suele ser mayor que en las consultas normales. En resumen, le hablamos rápido, y como además le explicamos menos (porque consideramos que no nos van a entender de todas formas), el paciente abandona la consulta a medio vestir y sin comprender lo que le pasa y qué tiene que hacer para mejorarse.

Es frecuente que el profesional intente que el paciente anciano se entere de lo que le dice gritando, gesticulando y dando órdenes de forma rápida, pero no todos los pacientes ancianos son sordos, por lo que se les debe hablar en tono más bajo, con una cadencia lenta, pronunciando con claridad, usando frases cortas (las muy largas se le hacen difíciles de comprender) y de significado sencillo.

Cuando hablamos, también es importante mirar al paciente, ya que además de poder conocer cómo reacciona a lo que le decimos (bidireccionalidad), permite al paciente con déficit auditivo seguir nuestros labios y comprendernos mejor[6].

Puede ser útil una mayor utilización de preguntas cerradas, que requieren menos elaboración por parte del paciente para su respuesta. Asimismo, puede ser conveniente repetir las preguntas aclarando algún concepto o significado si vemos que no ha sido convenientemente entendida.

Entregar instrucciones por escrito permite al paciente anciano recordar lo que se le ha dicho (muy útil en dosificación de medicamentos), así como consultar con familiares o cuidadores algunos aspectos del diagnóstico y/o el tratamiento que no hayan quedado suficientemente claros.

Explicar al paciente las cosas usando gráficos o dibujos como complementos visuales táctiles no sólo mejora el cumplimiento, sino la satisfacción del paciente con el resultado de la entrevista.

En el paciente anciano es importante asegurar la bidireccionalidad: iniciar nuestra información partiendo de lo que el paciente sabe y conoce facilita adecuarla a las características del paciente y ello promueve la comprensión de las instrucciones. También es importante asegurar que comprende lo que se le dice.

Si detectamos resistencias, debemos plantearlas no como algo negativo, obstáculos que nos pone el paciente, sino como una oportunidad que nos da el paciente para poder llegar a acuerdos. Nos indica que todavía no hemos trabajado de forma suficiente el tema en cuestión como para tener el mismo punto de vista. Debemos mantener actitudes negociadoras flexibles, y ser conscientes de que algunos ancianos, por patrón cultural y experiencias previas, pueden preferir un profesional ligeramente paternalista.

Siempre que surja una disparidad de criterios es conveniente dar alternativas, ya que le será más fácil llegar a acuerdos.

Por último, es conveniente comprobar la asimilación antes de que el anciano abandone la consulta, lo que nos permitirá tener la tranquilidad de que ha comprendido lo que queríamos decir y entiende las medidas terapéuticas propuestas.

CONCLUSIONES (tabla 3)

Concluyendo, podemos establecer 10 consejos (basados en Robinson, et al.[6]) para atender a nuestros pacientes ancianos:

1. Tenga previsto un tiempo adicional para los pacientes ancianos: calcule que con el paciente anciano va a invertir más tiempo en la consulta. Se expresan más lentamente, tardan más en dirigirse a la camilla y en desvestirse, hay que explicarles las indicaciones terapéuticas más lentamente, etcétera.
2. Evite distracciones e interrupciones en la consulta: toda interrupción en la consulta dificulta la realización adecuada de ésta. Las llamadas de teléfono o la entrada de compañeros distrae tanto al profesional como al paciente y crea en éste una sensación de que no se toman en serio sus preocupaciones y problemas. Al ser un paciente anciano, que puede tener deficiencias sensoriales o cognitivas, la interrupción provoca mayor riesgo aún para el conveniente desarrollo de la consulta.
3. Permita el contacto visual facial: aunque esté muy ocupado y tenga poco tiempo, ¡mire al paciente! La mirada del que escucha permite al que habla sentirse atendido y comprendido, y le da claves de cómo está recibiendo y elaborando la información dada.
4. Atienda y escuche al paciente: no sólo con el contacto visual facial, sino con una actitud de escucha (ligeramente inclinado hacia el paciente, silencio funcional, facilitaciones, gesto de interés, etc.) y estando atento a lo que dice el paciente, no sólo verbalmente, sino con su comunicación no verbal.
5. Hable despacio, claro y bajo: aunque el paciente sea anciano, no hay que presuponer que es sordo y gritarle. Háblele con un tono bajo y espaciado, para que el paciente anciano pueda comprenderle adecuadamente.
6. Use palabras y frases cortas y sencillas: cuanto más largas se hacen las frases, más dificultamos la comprensión del paciente. Se debe evitar el uso de jerga médica y tecnicismos.
7. Aborde los temas de uno en uno: es conveniente esperar a cerrar un tema antes de abrir otro. Mezclarlos da imagen de consulta desordenada y confunde y desconcierta al paciente, dificultando su comprensión y el cumplimiento posterior.
8. Simplifique y escriba sus instrucciones. Use cuadros, esquemas y dibujos: dar instrucciones por escrito permite al paciente leerlos posteriormente (él mismo o su familia), con lo que aumenta el cumplimiento y evita errores terapéuticos. Utilizar dibujos y esquemas facilita la comprensión del paciente y mejora asimismo el cumplimiento.
9. Haga recordatorios frecuentes de los puntos destacables: como decíamos antes, las frases largas y dar gran cantidad de información a la vez dificulta la comprensión por parte del paciente, y más si es anciano. Realizar resúmenes frecuentes de los aspectos más importantes, remarcándolos y reforzándolos, permite al paciente recordarlos más fácilmente y mejorar su cumplimiento.
10. Dé la oportunidad de que el paciente se exprese y pregunte: si el paciente no expresa sus dudas, nos quedaremos con la sospecha de si se ha enterado de algo. Pero no olvidemos que la relación entre médico y paciente no es simétrica, y posiblemente éste no preguntará si el profesional no garantiza de forma explícita que el paciente se exprese.

Tabla 3

Puntos clave en la comunicación con el paciente anciano
1. Tener previsto un tiempo adicional para los pacientes ancianos
2. Evitar distracciones e interrupciones en la consulta
3. Permitir el contacto visual facial
4. Atender y escuchar al paciente
5. Hablar despacio, claro y bajo
6. Usar palabras y frases cortas y sencillas
7. Abordar los temas de uno en uno
8. Simplificar y escribir las instrucciones. Usar cuadros, esquemas y dibujos
9. Realizar resúmenes o recordatorios frecuentes de los puntos destacables
10. Dar la oportunidad de que el paciente se exprese y pregunte

Tomada de Robinson et al.[6]

RESUMEN

La población anciana aumenta progresivamente desde hace años en nuestras consultas. Tienen unas características

peculiares y un modo también específico de comunicarse con el sistema sanitario.

No nos han formado para saber comunicarnos con ellos, lo que provoca que sean considerados pacientes problemáticos, a los que no nos gusta ver en nuestra sala de espera. Provocan en nosotros reacciones de ansiedad, frustración y a veces desresponsabilización, que sólo empeoran aún más nuestra relación con ellos.

Tras analizar estos aspectos, se proponen líneas y consejos prácticos que tener en cuenta para mejorar nuestras entrevistas con el paciente anciano.

LECTURAS RECOMENDADAS

Borrell i Carrió F. Entrevista clínica. Manual de estrategias prácticas. Barcelona: Ed semFYC; 2004.
Libro básico para trabajar en comunicación y entrevista. Muy completo, con diferentes niveles de dificultad que permiten una lectura comprensiva adecuada a nuestro nivel. En él está todo lo que hace falta saber para trabajar en comunicación.

Neighbour R. La consulta interior. Cómo desarrollar un estilo de consulta eficaz e intuitivo. Esplugues de Llobregat (Barcelona): Ed J y C; 1997.
Pequeño libro, también en español gracias a la traducción que realizaron Juan José Rodríguez Salvador y un grupo de colaboradores del País Vasco hace ya años. Siempre que te acercas a él, y te acercas con frecuencia tras descubrirlo, aprendes un matiz distinto, un aspecto que no habías contemplado antes. Una delicia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Borrell F. Manual de entrevista clínica. Barcelona: Doyma; 1988.
2. Buil P, Diez Espino J. Anciano y familia. Una relación en evolución. Anales Sis San Navar. 1999;22(Supl 1):19-25.
3. Serra Rexach JA. Comunicación entre el paciente anciano y el médico. An Med Interna. 2003;20:57-8.
4. Thompson TL, Robinson JD, Beisecker AE. The older patient-phisician interaction. En: Nussbaum JF, Coupland J, editors. Handbook of Communication and Aging Research. 2.ª ed. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Assoc; 2004.
5. Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. N Engl J Med. 1991;324:370-6.
6. Robinson TE 2nd, White GL Jr, Houchins JC. Improving communication with older patients: tips from the literature. Fam Pract Manag. 2006;13:73-8.
7. Calvin AO, Frazier L, Cohen MZ. Examining older adults' perceptions of health care providers: identifying important aspects of older adults' relationships with physicians and nurses. J Gerontol Nurs. 2007;33:6-12.
8. Scott LM, Amassa BF. The geriatric interview. En: Lipkin M Jr., et al., editors. The medical interview. Nueva York: Springer-Verlag; 1995.
9. Adelman RD, Greene MG, Ory MG. Communication between older patients and their physicians. Clin Geriatr Med. 2000;16:1-24.
10. Prohaska TR, Glasser M. Patients' views of family involvement in medical care decisions and encounters. Research on Aging. 1996;18:52-69.
11. Cobbs EL, Duthie EH, Murphy JB, editors. Geriatrics Review Syllabus. 4.ª ed. A core curriculum in geriatric medicine. Iowa: Kendall/Hunt; 1999.
12. Costa PT, Jr, Williams TF, Sommerfield M, et al. Recognition and initial assessment of Alzheimer's disease and related dementias. Clinical practice guideline No. 19. Rockville, MD, US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research, AHCPR Publication No. 97-0702, November, 1996.
13. Rost K, Frankel R. The introduction of the older patient's problems in the medical visit. J Aging and Health. 1993;5:387-401.
14. Borrell i Carrió F. Entrevista clínica. Manual de estrategias prácticas. Barcelona: Ed. semFYC; 2004.
15. Halpern SL, Levitt ML, Myder JA, Neuman T, Pawlson G. The elderly. What they really want from you. A panel of experts. Med Econ. 1985;62:44-9.