

***Olvido de los fenómenos psicológicos en la relación médico-paciente anciano<sup>1</sup>*****Carlos A. Reyes-Ortiz, M.D.<sup>2</sup>, Sylvia Gheorghiu, M. D.<sup>2</sup>, Thomas Mulligan, M.D.<sup>3</sup>****RESUMEN**

*Para evaluar las publicaciones sobre la relación médico-paciente anciano, se hizo una revisión sistemática de ese tema en el MEDLINE (1966-1995). Se buscaron los artículos de investigación que tenían que ver con los componentes de la relación médico-paciente anciano. De los 57 artículos que se incluyeron, 33% se enfocaban en las barreras actitudinales, 25% en los resultados, 23% en las capacidades de comunicación, 16% en asuntos éticos, y sólo 3% en los fenómenos psicológicos. Aspectos como la transferencia, la contratransferencia y la empatía son esenciales para entender la relación médico-paciente anciano. Se concluyó que los fenómenos psicológicos entre los médicos y sus pacientes ancianos a menudo no se incluyen en la investigación.*

Palabras claves: Relación médico-paciente. Anciano. Geriatria. Psicología. Transferencia.

Aunque los ancianos son el grupo de crecimiento más acelerado a nivel mundial, muchos de sus aspectos permanecen sin conocerse de manera adecuada. Como muestra de ello, los estudios sobre la relación médico-paciente se han concentrado en ciertos aspectos que tienen que ver con pacientes niños y adultos. Se conoce menos acerca de las características de la relación médico-paciente anciano.

Si se comparan con otras edades, los pacientes ancianos hospitalizados son los de más alto riesgo para sufrir sucesos adversos debidos a negligencia profesional.<sup>1</sup> Una relación empática médico-paciente anciano es necesaria para que éste perciba una atención humana por parte de aquél, a fin de que se sienta satisfecho con la atención que recibe, y es un requisito que previene demandas por mala práctica médica.<sup>2-4</sup> Aunque algunas características de la relación médico-paciente, estudiada en pacientes de otras edades, se pueden aplicar en los pacientes ancianos, la relación entre los

médicos y los pacientes ancianos tiende a ser distinta. Por ejemplo, los médicos de modo usual mantienen actitudes negativas hacia los ancianos y la comunicación con los ancianos enfermos suele ser una tarea bastante compleja.<sup>5-7</sup> Sin embargo, la enseñanza de la relación profesional-paciente anciano puede mejorar las actitudes y los aspectos humanos en la atención de los ancianos. También es esencial para percibir, demostrar y entender los problemas psicosociales de los ancianos.<sup>8,9</sup>

Por tales razones, la relación médico-paciente anciano se debe estudiar más a fondo. Sin embargo, la literatura específica sobre este aspecto es escasa si se compara con la literatura sobre la relación profesional en otras edades. Por ello, se hizo una revisión sistemática de las publicaciones sobre el tema durante un período de treinta años.

**MÉTODOS**

Para evaluar los datos disponi-

bles, se efectuó una búsqueda por MEDLINE, usando sobre todo las palabras de encabezamientos de temas médicos (MeSH = Medical Subjects Headings) "physician-patient relations" y "aged." La búsqueda se limitó al idioma inglés y a los años 1966 a 1995. Los criterios que se utilizaron fueron los siguientes:

- No se consideraron los artículos de revisión, editoriales y cartas al Editor, ni tampoco los estudios que sólo se referían a personas de otras edades pero no ancianos.
- Se incluyeron apenas los artículos de investigación. Se hizo búsqueda manual de los trabajos escogidos para comprobar sus características (p.e. los pacientes que incluían, o el énfasis del estudio).
- Para clasificar los artículos que se eligieron, se tuvieron en cuenta el énfasis del trabajo, y una de las siguientes categorías:<sup>7, 10-13</sup>
  1. Los fenómenos psicológicos: contratransferencia, conductas, transferencia, sentimientos, empatía, "rapport," etc.
  2. Actitudes o creencias por parte del médico o el paciente (percepciones, estereotipos). Aunque las actitudes se relacionan con los fenómenos psicológicos (las

1. Trabajo presentado en el Congreso Anual de la Sociedad Americana de Geriatria, en Chicago, Illinois, EE.UU., mayo de 1996.  
 2. Fellows in Geriatric Medicine, Department of Internal Medicine, Medical College of Virginia, Virginia Commonwealth University, Richmond, Virginia, EE.UU.  
 3. Chief, Geriatrics Section, Department of Internal Medicine, Medical College of Virginia, Virginia Commonwealth University, and Hunter Holmes McGuire Veterans Affairs Medical Center, Richmond, Virginia, EE.UU.

respuestas emocionales positivas o negativas se pueden deber a actitudes o estereotipos previamente formados en el anciano o el médico), se incluyen aparte para poder explorar de modo directo esos fenómenos.

3. Habilidades y patrones de comunicación: lenguaje, técnicas de entrevista, modelos relacionales, etc.
4. Asuntos éticos: directrices o decisiones al final de la vida.
5. Resultados de la relación: satisfacción, cumplimiento.

## RESULTADOS

La búsqueda inicial produjo 424 artículos. No se tuvieron en cuenta 367 porque no incluían pacientes ancianos o no eran estudios de investigación. Así, pues, se trabajó con 57 artículos.

Una proporción considerable de los artículos de investigación 19 (33%), se referían a las actitudes<sup>14-32</sup>; 14 (25%) a los resultados de la relación<sup>33-46</sup>; y 13 (23%) a los patrones de comunicación<sup>47-59</sup>. Algunos pocos 9 (16%), trataban con asuntos éticos<sup>60-68</sup> y una cantidad mínima 2 (3%), con los fenómenos psicológicos de la relación médico-paciente anciano<sup>69,70</sup>.

## DISCUSIÓN

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, médico y anciano, pueden afectar este encuentro. La gerofobia por parte del médico, o las falsas creencias acerca de la enfermedad en el paciente, también lo pueden alterar. Asimismo puede haber barreras culturales que afectan la

relación. En cambio, por lo general, las actitudes positivas la facilitan<sup>2,3,5,6,14-32</sup>.

Para entender la dinámica de la relación médico-paciente anciano, se necesita un conocimiento más específico acerca de los fenómenos psicológicos entre el médico y el anciano. En esta relación humana y profesional hay respuestas emocionales bilaterales conscientes o inconscientes que pueden facilitar o entorpecer su desarrollo. Los fenómenos psicológicos descritos son la transferencia, la contra-transferencia, el "*rapport*," la empatía, y la resistencia. Las contra-transferencias son las reacciones emocionales del médico hacia el paciente anciano, como sentimientos (frustración) y conductas (rudeza, acortamiento del encuentro). Cuando el médico no reconoce esta clase de respuestas, afectan en gran forma su relación con los pacientes. Las transferencias son las emociones del paciente anciano hacia el médico (sentimientos positivos o negativos). La empatía es la habilidad del médico para recibir y decodificar la comunicación afectiva de su paciente anciano, ello puede permitir el entendimiento de los sentimientos del paciente. El "*rapport*" incluye el estado de mutua confianza y respeto entre el médico y el paciente anciano. Las resistencias son las reacciones del paciente anciano en contra de la relación con el médico o del tratamiento. Por último, el entendimiento de estos fenómenos psicológicos es esencial para una adecuada relación profesional con los ancianos<sup>2,3,5,6,10,11,69,70</sup>.

La comunicación entre el médico y el anciano es compleja. Incluye la comunicación verbal y el lenguaje no-verbal. Se necesitan habilidades relacionales, verbales y sobre todo no-verbales por parte del médico. Un número importante de ancianos tiene dificultades auditivas, visua-

les, o del habla que conducen a estrategias especiales para comunicarse con ellos<sup>2,7,12,47-59</sup>.

En las decisiones clínicas con los ancianos se presentan dilemas éticos. Los mayores dilemas tienen que ver con las medidas para tratamientos de sostén de la vida o en pacientes terminales. En esto es preferible comprometer al mismo paciente, cuando es posible, y a la familia o a sus representantes legales<sup>60-68</sup>.

Los resultados definitivos del encuentro se pueden reflejar en la satisfacción por parte del médico o del paciente, en el seguimiento del paciente, y en el cumplimiento o no por parte del anciano de la terapia que recomienda el médico<sup>2,33-46</sup>.

Para terminar, la relación médico paciente anciano se ha estudiado poco, y sus fenómenos psicológicos se entienden todavía menos. Se necesitan más trabajos investigativos en esta área para poder clarificar esas relaciones tan importantes y así poder mejorar su calidad.

## SUMMARY

To assess publications on the physician-aged patient relationship, we searched MEDLINE (1966-1995) and made a systematic review of publications. We looked for research articles related to the components of the physician-aged patient relationship. Of the 57 articles that were included, 33% focused on attitudinal barriers, 25% on outcomes, 23% on communication skills, 16% on ethical issues, and only 3% on psychological phenomena. These phenomena such as transference, countertransference, and empathy are essential to understand the physician-aged patient relationship. We concluded that the psychological phenomena between physicians and their aged patients are often not included in research.

## REFERENCIAS

1. Brennan TA, Leape LL, Laird NM, *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: 370-76.
2. Reyes-Ortiz CA, Gheorghiu S, Mulligan T. The empathic physician-aged patient relationship. *Gerontol Geriatr Educ* 1997; 17: 19-27.
3. Reyes-Ortiz CA. Patient centered-medicine. *JAMA* 1996; 275: 1156.
4. Levinson W. Physician-patient communication. A key to malpractice prevention. *JAMA* 1994; 272: 1619-20.
5. Reyes-Ortiz CA. Lessons learned in a geriatrics fellowship. *Acad Med* 1996; 71: 702.
6. Reyes-Ortiz CA. Physicians must confront ageism. *Acad Med* 1997; 72: 831.
7. Hodes RJ, Ory MG, Pruzan MR. Communicating with older patients: A challenge for researchers and clinicians. *J Am Geriatr Soc* 1995; 43: 1167-68.
8. Reyes-Ortiz CA, Mulligan T. How to excel as a teacher of geriatrics. *Fam Med* 1996; 28: 534.
9. Reyes-Ortiz CA, Umaña G. The professional-older patient relationship as a teaching tool. *J Am Geriatr Soc* 1996; 44: 550.
10. Berezin MA. Psychodynamic considerations of aging and the aged: An overview. *Am J Psychiatry* 1972; 128: 1483-91.
11. Kvale JN, Dayringer R. The transference phenomenon in the care of the elderly. *Fam Med* 1987; 19: 141-43.
12. Blazer DG. Techniques for communicating with your elderly patient. *Geriatrics* 1978; 33: 79-84.
13. Butler RN. Psychiatry and the elderly: an overview. *Am J Psychiatry* 1975; 132: 893-900.
14. Adelman RD, Fields SD, Jutagir R. Geriatric education part II: The effect of a well elderly program on medical student attitudes toward geriatric patients. *J Am Geriatr Soc* 1992; 40: 970-3.
15. Intrieri RC, Kelly JA, Brown MM, Castilla C. Improving medical students' attitudes toward and skills with the elderly. *Gerontologist* 1993; 33: 373-78.
16. Ford CV, Sbordone RJ. Attitudes of psychiatrists toward elderly patients. *Am J Psychiatry* 1980; 137: 571-75.
17. Sainsbury R, Wilkinson TJ, Smith CW. Do the clinical years change medical students' attitudes to old people? *Med Educ* 1994; 28: 307-11.
18. Holtzman JM, Toewe CH, Beck JD. Specialty preference and attitudes toward the aged. *J Fam Practice* 1979; 4: 667-72.
19. Sachs LA, McPherson C, Donnerberg R. Influencing medical students' attitudes toward older adults: A curriculum proposal. *Gerontol Geriatr Educ* 1984; 4: 91-6.
20. Warren DL, Painter A, Rudisill J. Effects of geriatric education on the attitudes of medical students. *J Am Geriatr Soc* 1983; 31: 435-38.
21. Radecki SE, Kane RL, Solomon DH, *et al.* Are physicians sensitive to the special problems of older patients? *J Am Geriatr Soc* 1988; 36: 719-25.
22. Lindgren A-M, Svardsudd K, Tibblin G. Factors related to perceived health among elderly people: the Albertina Project. *Age Ageing* 1994; 23: 328-33.
23. Berkman B, Rohan B, Sampson S. Myths and biases related to cancer in the elderly. *Cancer* 1994; 74: 2004-08.
24. Ray DC, Raciti MA, Ford CV. Ageism in psychiatrists: associations with gender, certification, and theoretical orientation. *Gerontologist* 1985; 25: 496-500.
25. Koenig HG, Bearon LB, Dayringer R. Physician perspectives on the role of religion in the physician-older patient relationship. *J Fam Practice* 1989; 28: 441-48.
26. Bennet C, Greenfield S, Avonow H, *et al.* Patterns of care related to age of men with prostate cancer. *Cancer* 1991; 67: 2633-41.
27. Cyrus-Lutz C, Gaitz CM. Psychiatrists' attitudes toward the aged and ageing. *Gerontologist* 1972; 12: 163-67.
28. Coe RM. Professional perspectives on the aged. *Gerontologist* 1967; 7: 114-19.
29. Wilson JF, Hafferty FW. Long-term effects of a seminar on aging and health for first-year medical students. *Gerontologist* 1983; 23: 319-24.
30. Greenfield S, Blanco D, Elashoff, *et al.* Patterns of care related to age of breast cancer patients. *JAMA* 1987; 257: 2766-70.
31. Miller DK, Morley JE. Attitudes of physicians toward elderly drivers and driving policy. *J Am Geriatr Soc* 1993; 40: 722-24.
32. Nuttbrock L, Kosberg JJ. Images of the physician and help seeking behavior of the elderly: a multivariate assessment. *J Gerontol* 1980; 35: 241-48.
33. Anderson LA, Rakowski W, Hickey T. Satisfaction with clinical encounters among residents and geriatric patients. *J Med Educ* 1988; 63: 447-55.
34. Cooper JK, Love DW, Raffoul PR. Intentional prescription nonadherence (noncompliance) by the elderly. *J Am Geriatr Soc* 1982; 30: 329-33.
35. Cryns AG, Nichols RC, Katz LA, Calkins E. The hierarchical structure of geriatric patient satisfaction. An older patient satisfaction scale designed for HMOs. *Med Care* 1989; 27: 802-16.
36. Greene MG, Adelman RD, Friedmann E, Charon R. Older patient satisfaction with communication during an initial medical encounter. *Soc Science Med* 1994; 38: 1279-88.
37. Linn MW, Linn BS, Stein SR. Satisfaction with ambulatory care and compliance in older patients. *Med Care* 1982; 20: 606-14.
38. Kendrick R, Bayne JRD. Compliance with prescribed medication by elderly patients. *Can Med Assoc J* 1982; 127: 961-62.
39. Wandless I, Mucklow JC, Smith A, Prudham D. Compliance with prescribed medicines: a study of elderly patients in the community. *J R Coll Gen Pract* 1979; 29: 391-96.
40. Hall JA, Feldstein M, Fretwell MD, *et al.* Older patients' health status and satisfaction with medical care in an HMO population. *Med Care* 1990; 28: 261-70.
41. Ward R. Age and patterns of HMO satisfaction. *J Ageing Health* 1990; 2: 242-60.
42. Reuben DB, Robertson JB. The care of elderly patients by elderly physicians. *J Am Geriatr Soc* 1987; 35: 623-28.
43. Greene MG, Adelman RD, Charon R, Friedman E. Concordance between physicians and their older and younger patients in the primary care medical encounter. *Gerontologist* 1989; 29: 808-13.
44. Rost K, Roter D. Predictors of recall of medication regimens and recommendations for lifestyle change in elderly patients. *Gerontologist* 1987; 27: 510-15.
45. High DM. Advanced directives and the elderly: a study of intervention strategies to increase use. *Gerontologist* 1993; 33: 342-49.
46. Kroenke K, Pinholt EM. Reducing polypharmacy in the elderly: a controlled trial of physician feedback. *J Am Geriatr Soc* 1990; 38: 31-6.
47. Haug M. Doctor patient relationships and the older patient. *J Gerontol* 1979; 34: 852-60.
48. Waitzkin H, Britt T, Williams C. Narratives of aging and social problems in medical encounters with older persons. *J Health Soc Behavior* 1994; 35: 322-48.
49. Rost K, Frankel R. The introduction of the older patient's problems in the medical visit. *J Ageing Health* 1993; 5: 387-401.
50. Bayne JRD, Caulfield P, Kendrick R, Slack R. Pharmacists and their relationship with elderly patients. *Can Med*

- Assoc J* 1983; 129: 35-7.
51. Radecki SE, Kane RL, Solomon DH, et al. Do physicians spend less time with older patients? *J Am Geriatr Soc* 1988; 36: 713-18.
  52. Greene MG, Hoffman S, Charon R, Adelman R. Psychosocial concerns in the medical encounter: A comparison of the interactions of doctors with their old and young patients. *Gerontologist* 1987; 27: 164-68.
  53. Arling G. Interaction effects in a multivariate model of physician visits by older people. *Med Care* 1985; 23: 361-71.
  54. Keeler EB, Solomon DH, Beck JC, et al. Effect of patient age on duration of medical encounters with physicians. *Medical Care* 1982; 20: 1101-08.
  55. Greene MG, Majerovitz SD, Adelman RD, Rizzo C. The effects of the presence of a third person on the physician-older patient medical interview. *J Am Geriatr Soc* 1994; 42: 413-19.
  56. Robins LS, Wolf FM. The effect of training on medical students' responses to geriatric patient concerns: results of a linguistic analysis. *Gerontologist* 1989; 29: 341-44.
  57. Beisecker AE. Aging and the desire for information and input in medical decisions: patient consumerism in medical encounters. *Gerontologist* 1988; 28: 330-35.
  58. Beisecker AE. The influence of a companion on the doctor-elderly patient interaction. *Health Commun* 1989; 1: 55-70.
  59. Roter DL. Elderly patient-physician communication: a descriptive study of content and affect during the medical encounter. *Adv Health Educ* 1991; 3: 15-23.
  60. Jahnigen DW, Hannon C, Laxson L, LaForce FM. Iatrogenic disease in hospitalized elderly veterans. *J Am Geriatr Soc* 1982; 30: 387-90.
  61. Uhlmann RF, Pearlman RA. Perceived quality of life and preferences for life-sustaining treatment in older adults. *Arch Intern Med* 1991; 151: 495-97.
  62. Starr TJ, Pearlman RA, Uhlmann RF. Quality of life and resuscitation decisions in elderly patients. *J Gen Intern Med* 1986; 1: 373-75.
  63. Uhlman RF, Pearlman RA, Cain KC. Understanding of elderly patients' resuscitation preferences by physicians and nurses. *West J Med* 1989; 50: 705-07.
  64. Uhlman RF, Pearlman RA, Cain KD. Physicians and spouses' predictions of elderly patients' resuscitation preferences. *J Gerontol* 1988; 43: M115-21.
  65. Zweibel NR, Cassel CK. Treatment choices at the end of life: a comparison of decisions by older patients and their physician-selected proxies. *Gerontologist* 1989; 29: 615-21.
  66. Shmerling RH, Bedell SE, Lilienfeld A, Delbanco TL. Discussing cardiopulmonary resuscitation: A study of elderly outpatients. *J Gen Intern Med* 1988; 3: 317-21.
  67. Alemayeh E, Molloy DW, Guyat GH, et al. Variability in physicians' decisions on caring for chronically ill elderly patients: An international study. *Can Med Assoc J* 1991; 144: 1133-38.
  68. Goold SD, Arnold RM, Siminoff LA. Discussions about limiting treatment in a geriatric clinic. *J Am Geriatr Soc* 1993; 41: 277-81.
  69. Weiner MF. Older psychiatrists and their psychotherapy practice. *Am J Psychother* 1990; 44: 44-9.
  70. Greene MG, Adelman R, Charon R, Hoffman S. Ageism in the medical encounter: An exploratory study of the doctor-elderly patient relationship. *Lang Commun* 1986; 6: 113-24.