

- D. La asignación de riesgos y prioridades debe en lo posible, formularse en equipo con el paciente (y su familia)
- E. La prevención primaria tiene sin duda valor en la vejez, pero debe recordarse que el anciano es más el resultado de cómo vivió hasta ahora y no de cómo vivirá los próximos 5 ò 6 años.

SIENDO Y PARECIENDO

No se le enseña a un clínico cómo entrevistarse con un paciente, pero es oportuno recordar algunas particularidades que harán rendir mejor los minutos dedicados al anciano.

Y empezaremos por el tiempo. Siempre escasea, pero no debe notarse. Muchos ancianos tienen una cultura como pueblerina, donde todo es tranquilo y sin apuro. Por otro lado, piensan que la prisa para entrevistarlos es una muestra de desprecio. En este marco, hay que preguntar mucho, porque no siempre los términos coinciden, y deben evitarse los sobreentendidos. Términos como mareo, flema o inflamación deben ser definidos lo mejor posible. Son frecuentes los silencios, referidos a ausencias, violencia familiar, muertes y sexo.

Debe profundizarse el diálogo si no se observa proporción entre la enfermedad y su repercusión emocional, o con el cambio de actitudes (ej., referir intensa lumbalgia y seguir barriendo como si nada). A veces esta diferencia tiene que ver con las distintas prioridades de médico y enfermo. Para el médico, suelen serlo evitar la muerte y el dolor, para el anciano, lo más temido suele ser la dependencia y la locura.

El cansancio es imposible de medir, pero a veces expresa cuánta lucha demanda al caminar una coxartrosis, o que un ACV dejó más secuelas de las que se ven, o que un trastorno neurológico poco franco demanda un esfuerzo de concentración para la vida diaria que deja al anciano agotado. Los trastornos visuales son frecuentes e invalidantes y a veces no los interrogamos.

Hay preguntas que no deben faltar: ¿Qué medicamentos toma? ¿Ya le pasó ésto alguna vez? ¿Le falla la memoria? (ya que la enf. de Alzheimer es frecuente) ¿Vive solo? (dado que los riesgos y los cuidados son distintos con o sin convivientes).

Siempre hay dos respuestas: la verbal que conocemos, y la gestual, que puede darnos mucha información auténtica sobre lo que realmente pasa, y puede ayudar a resolver el problema de los silencios de que hablamos más arriba.

No debe faltar el examen físico, que no puede reemplazarse por ningún diagnóstico por imágenes. Es así por la propia información, pero especialmente porque el anciano se siente rechazado por su apariencia física, y el contacto con el médico lo gratifica. Se siente además tomado en serio cuando se lo revisa.

UN TRIANGULO NO SIEMPRE AMOROSO

Con frecuencia la entrevista es de a tres, con la participación de algún familiar con sus propias demandas, que suele ser el caso de los hijos o el cónyuge. El médico vive con disgusto estos encuentros. Siente que le están tomando examen y que tiene que emplear más tiempo aún para dialogar con terceros. Aunque en parte es así., hay que recordar que estos familiares preocupados están de nuestra parte, y tienen la legítima pretensión de que las cosas funcionen.. El familiar temible es el ausente, el que delega todo, el que no se ocupa y que,- con frecuencia,- estará sobre nosotros si algo sale mal.

La familia puede tener expectativas distintas de las de paciente y médico. Debemos recordar que los ancianos viven en promedio 20 años más en este último medio siglo. Esto se sostiene en un estado que no es estrictamente de salud, sino de convivencia con patologías crónicas múltiples. Esto es mérito de los médicos, la tecnología, los fármacos, pero más que nada es un esfuerzo de los familiares directos, en forma de cuidado, sostén económico, preocupación y responsabilidad. Estas personas rondan los 55 a 60 años, tienen su propia angustia vinculada a la inestabilidad, pérdida del ingreso, los hijos y sus propias expectativas insatisfechas.

Con frecuencia el vínculo de paciente e hijo que cuida no está mediado por la palabra amable, el cariño o el pedido auténtico, sino por la queja. Esta funciona como un modo de mantener al hijo/a

cerca y de tomar examen de que recibirá ayuda cuando haga falta. Y esta instancia imposible de satisfacer, este recipiente sin fondo, agota al familiar en cuestión. Este está preparado para el cuidado agudo, - y por ello las instancias quirúrgicas suelen funcionar bien,- pero no para este camino largo y sin resultado. Y cuando a veces el médico dictamina: “no tiene nada”, siente desilusión, ya que todo seguirá igual. Puede enfrentar mejor un a enfermedad concreta , aunque sea fatal, en tanto tenga plazos y límites.

Mencionamos a los familiares ausentes. Estos son resultados de viejas historias en las que lo mejor es no meterse, y no entrar en ese juego. Si hay novedades importantes, deben comunicarse a todos los familiares cercanos, como si fueran (y realmente es así) todos iguales. Cargar aún más al familiar que sí se preocupa denota de parte del médico poca sensibilidad.

NOSOTROS TAMBIEN ESTAMOS

El médico no es neutro (nunca lo es), lo que importa es que lo sepa y se cuide de los desvíos. Uno de las cuestiones es considerar que pasarla mal es un fenómeno natural de los viejos y simplemente no darle importancia. Ocurre lo mismo cuando se confunde problemas con quejas; el viejo puede quejarse de cosas médicas o no médicas, con o sin solución, y no puede dejarse de lado lo que dice sin una escucha atenta; al anciano lo lastima menos el desacuerdo que la falta de atención. También sucede que el médico valora los problemas según *su propia escala de valores* y no la del paciente . Como siempre, la recomendación es escuchar y aceptar al que piensa diferente.

FINALMENTE

Hemos mencionado el esquema clásico de entrevista médico-paciente, donde la enfermedad lleva a la consulta, ésta a diagnóstico y prescripción, y a la curación. Nuestro caso es otro..

La consulta es en realidad una demanda de solución de múltiples problemas, no todos de salud, ni todos del enfermo, sino también de su entorno familiar. La/s enfermedad/es no son en general un hecho nuevo, desconocido o sin diagnóstico. Sí hay necesidad de jerarquizar los problemas, priorizar los tratamientos y organizar la vida diaria de mutuo acuerdo, con pautas claras y manteniendo las convicciones e identidad del paciente. El médico no es un simple prescriptor de fármacos; es una persona comprensiva y culta que escucha al anciano y lo ayuda a vivir mejor.