

Limitación en la comunicación entre paciente guaraní-parlante y profesional hispano-parlante en la atención odontológica

Da Silva Sánchez, Fernando¹

Artículo original

Resumen

El bilingüismo es parte de la originalidad cultural del Paraguay; donde 52,6 % se registra como bilingüe y 28% habla solo guaraní. Esto podría incidir en pérdida de información en la comunicación con el paciente y afectar al diagnóstico, prevención, tratamiento e indicaciones. Con el objetivo de determinar la cantidad de información perdida durante la anamnesis a un paciente guaraní-parlante, se recurrió a un diseño observacional, descriptivo, transversal, aplicando entrevistas en español y guaraní a 24 individuos. El porcentaje de pérdida de información fue del 42%. Respecto a la comprensión se registró menos del 50% para la Historia Clínica en 29% de los sujetos y en preguntas sobre congestión, problemas cardiacos e hiperventilación, valores superiores al 70%. Comprendieron menos de 50% las indicaciones postoperatorias el 41,7% y el 58,3% comprendieron menos el 50% del consentimiento informado. En conclusión, la información perdida durante la historia clínica fue muy alta.

Palabras clave: Pérdida de Información - Anamnesis - Guaraní-Parlante – Bilingüismo

Abstract

Bilingualism is part of the cultural originality of Paraguay; where 52.6% is recorded as bilingual and 28% speak only Guarani. This could affect recollection of data in communication with the patient and affect the diagnosis, prevention, treatment and indications. In order to determine the amount of lost data during anamnesis to a Guarani-speaking patient, we used a cross-sectional descriptive observational design using interviews in Spanish and Guarani to 24 individuals. The amount of data loss was 42%. Regarding the comprehension was less than 50% for the clinical history in 29% of subjects and questions about congestion, heart problems and hyperventilation, dropped values above 70%. 41.7% comprised less than 50% postoperative indications and 58.3% understood least 50% of informed consent information. In conclusion the information lost during history was very high.

Key words: Loss of information - Anamnesis - Guarani-Speaker – Bilingualism

1. Docente de la carrera de Odontología de la Universidad Santa Clara de Asís, Caaguazú-Paraguay.

Email: fernandodasilvasanchez@gmail.com

Introducción

El Paraguay es una nación con una lingüística peculiar, donde el guaraní coexiste con el castellano como lengua oficial (1). El país cuenta con una situación de pluriculturalismo y multilingüismo en cuyo territorio conviven distintas lenguas y culturas amerindias con la lengua española, como ocurre en tantos países hispanoamericanos. La peculiaridad de Paraguay es, sin embargo, el bilingüismo de español y guaraní extendido a un amplio porcentaje de su población (2).

En la Constitución de la República del Paraguay (3), establece que: "Art. 140. El Paraguay es un país pluricultural y bilingüe. Son idiomas oficiales el castellano y el guaraní." "Art. 3. Ley N° 4.251/2010. Las lenguas oficiales de la República tendrán vigencia y uso en los tres Poderes del Estado y en todas las instituciones públicas. El idioma guaraní deberá ser objeto de especial atención por parte del Estado, como signo de la identidad cultural de la nación, instrumento de la cohesión nacional y medio de comunicación de la mayoría de la población paraguaya."

El guaraní y el español se distinguen en diversos aspectos, siendo el más elemental la distribución geográfica de su uso, correspondiendo a las zonas rurales el uso predominante del guaraní, mientras que a las zonas urbanas el español respectivamente (3).

Es necesario destacar la condición de lengua dominante del español y la condición de dominadas de las lenguas aborígenes. Esta afirmación implica la observación de una realidad existente entre los hablantes de estas lenguas: muchos padres evitan que sus hijos incorporen las competencias que les permitan emplear dicho idioma como vehículo de comunicación fluida ya sea por considerar que puede ser motivo de discriminación o bien, una interferencia severa en el aprendizaje y en el uso del español (4).

Hay muchas razones prácticas e importantes entre médicos y pacientes para comunicarse eficazmente y entenderse entre sí. Por ejemplo, los médicos necesitan obtener historias médicas precisas, y los pacientes necesitan entender las instrucciones del médico y convertirse en parte integrante de la asociación médico-paciente (5,6,7). La comunicación es fundamental para el acceso a la atención médica y la prestación. La calidad de la comunicación entre el médico y el paciente afecta el diagnóstico, el tratamiento

y la recuperación de los pacientes (8,9,10).

La comunicación en la atención de la salud es un tema complejo. Las barreras lingüísticas y culturales complican la situación. El lenguaje es el marco en el que se moldea la visión del mundo de una cultura, una que describe los límites y perspectivas de un sistema cultural. La barrera del idioma desarma la capacidad de un comunicante para evaluar significados, intenciones, emociones y reacciones y crea un estado de dependencia de la persona que tiene las llaves de todo el proceso (11,12,8).

En el cuidado de la salud, el lenguaje y la barrera lingüística afectan negativamente a la eficacia clínica, toma de decisiones médicas, a la medicación, y la comprensión de los pacientes y el acceso a los servicios; además, la mayoría de las personas no están dispuestas a admitir a problemas con el lenguaje y la alfabetización (13). Una comunicación efectiva puede mejorar la satisfacción del paciente como también la elección del tratamiento correcto y obtención de un resultado óptimo. El suministro de una información adecuada con el conocimiento de la preocupación del paciente y un estilo de toma de decisiones participativa se correlacionan con una mayor eficacia (14).

En Estados Unidos, se observó que los pobres conocimientos del idioma de los individuos fueron influenciados por varios factores contextuales, éstos incluyen la falta de entendimiento del beneficio de aprender un idioma; aumento de las necesidades asociados con el envejecimiento; expensas de la educación en su país de origen; factores culturales, como la dependencia de la familia; y actitudes negativas intraculturales dentro de la familia (15).

Las investigaciones realizadas en Gran Bretaña sugieren que las barreras lingüísticas son a menudo identificadas como el impedimento más frecuente en el cuidado dental. Esto es probable que sea debido a una falta de entendimiento de la explicación de un problema del paciente, la obtención de una historia clínica y del consentimiento informado (16).

Desde el primer contacto entre un profesional de la salud y el paciente que acude a consultar por un problema concreto se empieza a establecer la relación médico-paciente o, en nuestro caso, la relación odontólogo-paciente. La actuación del odontólogo o del estomatólogo ante el paciente debe estar siempre basada en el conocimiento previo de este último. Por ello es imprescindible la realización de una

historia clínica, que resulta de practicar un interrogatorio o anamnesis y una exploración física exhaustiva, completada por las pruebas complementarias que puedan aportar datos aclaratorios (7,17).

Se asiente lo que se conoce y se conoce lo que es explicado de acuerdo al nivel cultural del receptor de la información. El consentimiento es, de esta forma, no un acto formal, sino un proceso que debe tener como objeto lograr la comprensión por parte del paciente de la situación que se pone a su consideración y que culmina con su aceptación o rechazo (18).

Una revisión de la literatura se realizó para evaluar la evidencia existente sobre las disparidades étnicas y raciales en la calidad de la comunicación médico-paciente y la relación médico-paciente. Se encontró evidencia consistente de que la raza, la etnia y el lenguaje tienen una influencia sustancial en la calidad de la relación médico-paciente. Pacientes de las minorías, especialmente los que no dominan el inglés, tienen menos probabilidades de generar respuesta empática de los médicos, establecer una buena relación con los médicos, recibir información suficiente, y ser animados a participar en la toma de decisiones médicas (14).

En un estudio trasversal mediante encuestas a miembros odontólogos de la Asociación Dental Australiana, la mayoría de los encuestados encuentra vinculada con el lenguaje las barreras de comunicación, y refiere que el método más satisfactorio de la comunicación es uso de intérpretes informales. Según los informes, el consentimiento informado se ve comprometida debido a las barreras del idioma en un 29% de los encuestados (16).

La particularidad de la población paraguaya en cuanto al bilingüismo, donde un tercio de la población utiliza exclusivamente el guaraní como idioma de comunicación, se presenta como una barrera lingüística determinante en la atención de la salud por parte de un profesional hispano parlante, convirtiéndose en un riesgo médico en los diferentes momentos de la misma (19,20). Por este motivo la limitación en la comunicación entre paciente guaraní parlante y profesional hispano parlante, medida como pérdida de la información durante la atención es el planteamiento de esta investigación.

Materiales y métodos

Se realizó un estudio con diseño observacional, descriptivo transversal, del cual participaron 24 personas mayores de 18 años que tengan el guaraní como lenguaje materno/principal, de las zonas rurales de la ciudad de Caaguazú. El muestreo fue no probabilístico de casos consecutivos, el cálculo de tamaño de la muestra fue de 96 sujetos, solo se pudo acceder a 24 sujetos por razones de costo logístico, tiempo y acceso a comunidades que permitan acceder a sujetos con los criterios de inclusión. Fueron excluidos de la investigación aquellas personas con discapacidad para la comunicación, y aquellas que se niegan a la participación en el estudio. El reclutamiento se realizó en comunidades rurales de la ciudad del Caaguazú, por medio de entrevistadores en las viviendas, identificando a los sujetos y solicitando su participación en el estudio. La medición se realizó a través de entrevistadores en idioma guaraní y entrevistadores en idioma español, se utilizaron cuestionarios e indicaciones en idioma guaraní y español siguiendo la operacionalización de la variable dicotómica: comprende/no comprende. Los datos recolectados fueron cargados a una base de datos y analizados mediante el programa Microsoft Excel 2019 parte de Microsoft Office Professional Plus 2019, obteniendo tablas y gráficos para la descripción de los resultados en cuanto a la distribución demográfica de la muestra y las variables de interés. En cuanto a las cuestiones éticas el estudio no representó ningún riesgo para los pacientes y no contaba con la intención de degradar y/o hacer sentir inferior al paciente por su falta de conocimiento. Los datos fueron recabados solo para los fines del estudio, respetando la confidencialidad de los datos personales de los participantes.

Resultados

Las preguntas sobre congestión, actividad física restringida, palpitations cardiacas, insuficiencia cardiaca e hiperventilación (crisis de ansiedad), presentaron valores superiores al 70% en la falta de comprensión. Sin embargo, en cuanto a las preguntas sobre enfermedades del hígado, la presión arterial alta y el asma, fueron las más comprendidas presentando valores superiores al 65%.



Figura 1. Distribución de sujetos por preguntas de la historia clínica según comprensión

El 29% de los sujetos comprendieron menos del 50% del total de preguntas de la historia clínica.

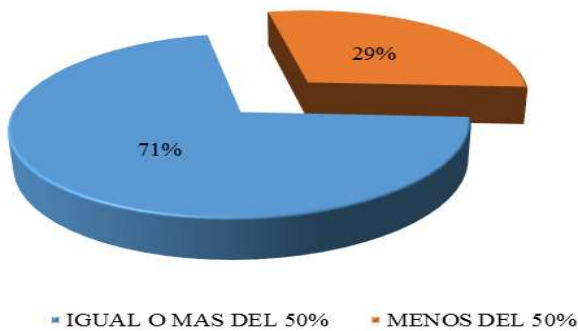


Figura 2. Distribución de sujetos según comprensión de preguntas de la historia clínica

En cuanto a las preguntas clasificadas por riesgo ASA, el 66,7% de las preguntas de categoría V no fueron comprendidas.

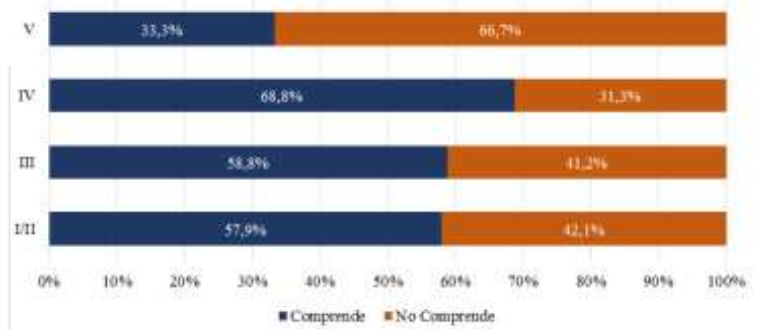


Figura 3. Distribución de preguntas de la historia clínica por riesgo ASA según comprensión

Para las indicaciones preoperatorias sencillas como el estar acompañado por comodidad a una intervención con anestesia local y la higiene previa a éstas no fueron comprendidas por más del 50% de los sujetos.

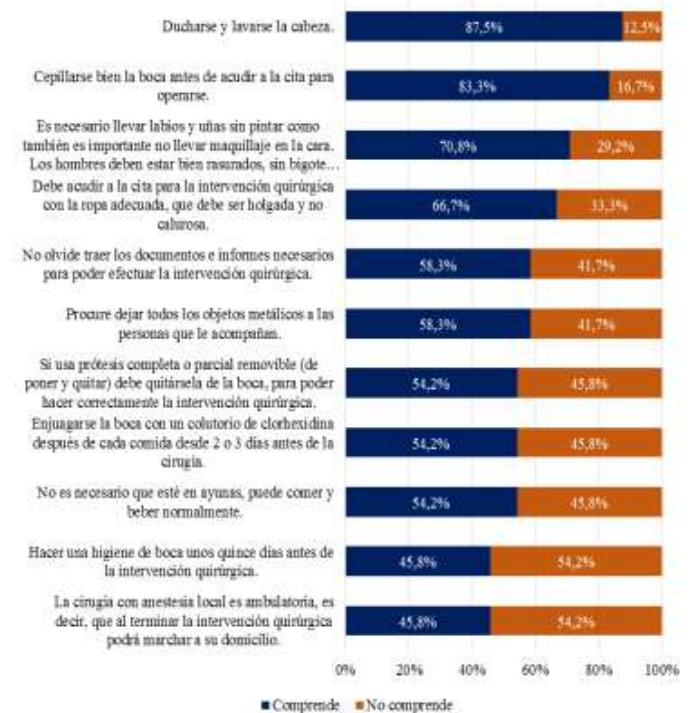


Figura 4. Distribución de sujetos por indicaciones preoperatorias según comprensión

De las indicaciones intraoperatorias, solicitarle al paciente que avise si tiene ganas de vomitar, si se siente ahogado, si quiere escupir, si lo estamos lastimando con los instrumentales o procedimientos, o solicitarle que escupa, no fueron comprendidas por al menos 50% de los sujetos.



Figura 5. Distribución de sujetos por indicaciones intraoperatorias según comprensión

Más del 60% de los sujetos no comprendieron que en el postoperatorio no deben escupir ni hacer movimientos repetitivos de succión, ya que estas acciones pueden desalojar el coágulo e interrumpir el proceso normal de cicatrización.

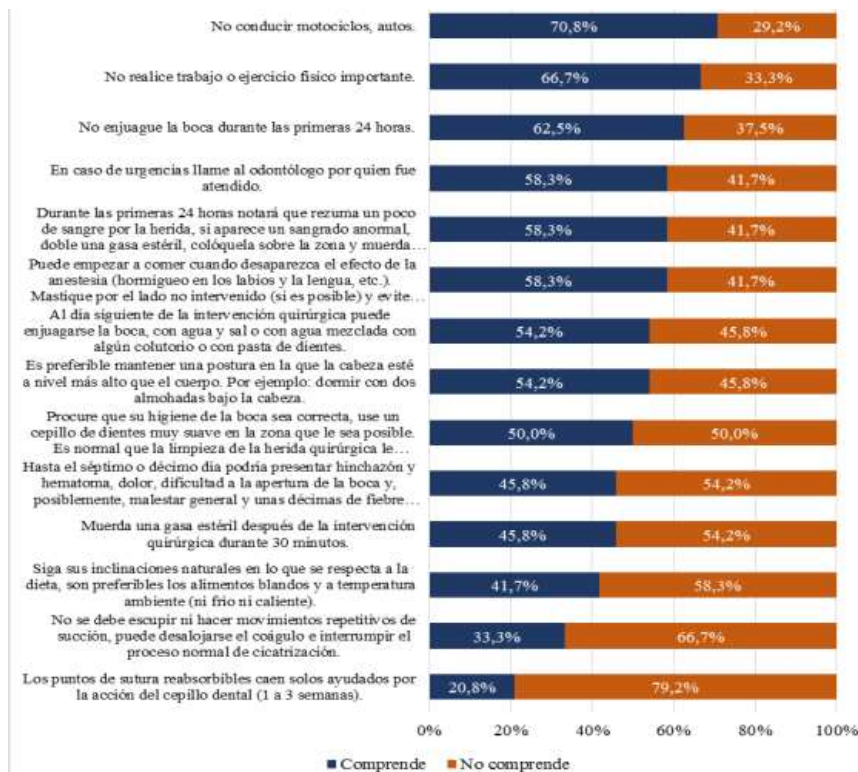


Figura 6. Distribución de sujetos por indicaciones postoperatorias según comprensión

En lo que respecta al consentimiento informado el 75% de los sujetos no comprendieron la firma del mismo es una aceptación sobre su autonomía y voluntad de someterse al tratamiento, que le han informado y se le ha aclarado sus dudas, en cada una de las demás partes del documento la no comprensión se encuentra entre 50 y 62,5%.

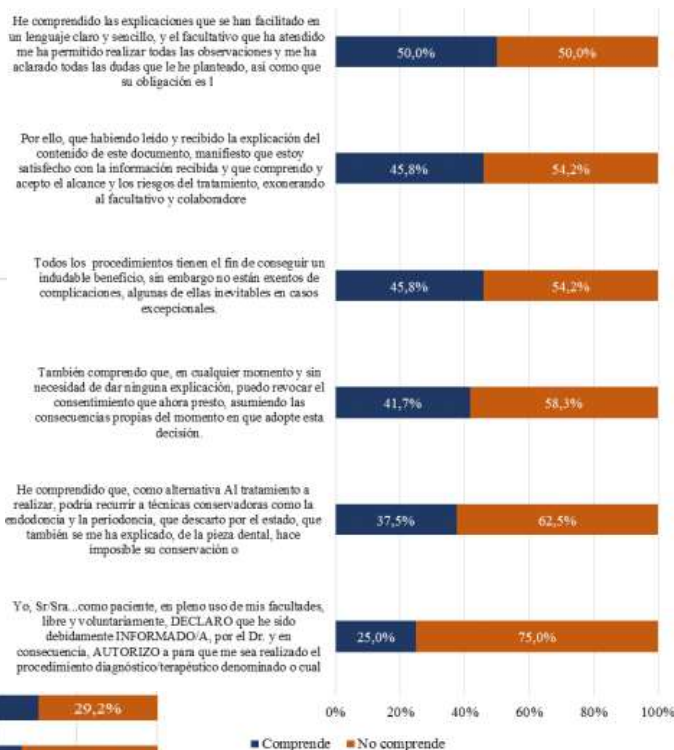


Figura 7. Distribución de sujetos por partes de consentimiento informado según comprensión

El 41,7% de los sujetos comprendieron menos de 50% de las indicaciones postoperatorias. En lo que refiere al consentimiento informado el 58,3% de los sujetos comprendieron menos del 50% del documento.

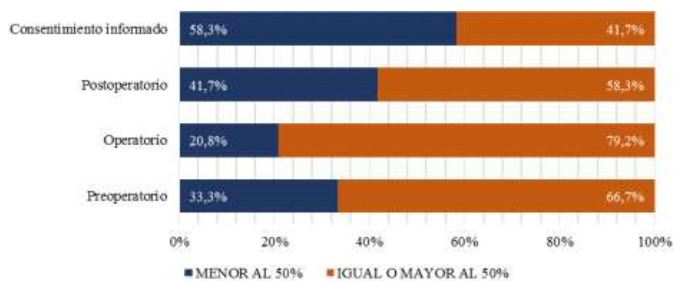


Figura 8. Distribución de sujetos según indicaciones por comprensión

Discusión

Abril et al en 2005 encontró que el 70% de la información en la que el profesional médico apoya su diagnóstico proviene de la historia clínica y el reconocimiento físico, lo cual resalta la importancia clave de la comunicación durante la entrevista clínica. En este estudio se observa que el promedio de la pérdida de información en la historia clínica fue del 42% (21).

Según los informes de Goldsmith et al, el consentimiento informado se ve comprometida por el 29% de los encuestados, como resultado de las barreras del idioma, y potencialmente comprometida por un 7%. El 78% de los encuestados cree que el nivel de capacitación de los dentistas para tratar a los pacientes con inglés limitado era "pobre" o "muy pobre". En el presente estudio, en lo que respecta al consentimiento informado el 75% de los sujetos no comprendieron la firma del mismo es una aceptación sobre su autonomía y voluntad de someterse al tratamiento, que le han informado y se le ha aclarado sus dudas, en cada una las demás partes del documento la no comprensión se encuentra entre 50 y 62,5% (16).

Taylor llevó a cabo un estudio con un método de entrevistas semiestructuradas con 34 profesionales de la salud para identificar su percepción de barreras encontradas por aquellas personas con habilidades pobres del idioma inglés. Se identificaron 5 dificultades superpuestas en relación con las barreras en el acceso a la atención de salud: el lenguaje, bajo nivel de alfabetización, falta de comprensión, retención de información y la ansiedad (13). Coincide con este estudio donde se evidenció las limitaciones del lenguaje entre paciente y profesional.

Ferguson realizó una revisión de la literatura para evaluar la

evidencia existente sobre las disparidades étnicas y raciales en la calidad de la comunicación médico-paciente y la relación médico-paciente donde encontró evidencia consistente de que la raza, la etnia y el lenguaje tienen una influencia sustancial en la calidad de la relación médico-paciente. Los pacientes que no dominan el idioma inglés, tienen menos probabilidades de generar respuesta empática de los médicos, establecer una buena relación con los médicos, recibir información suficiente, y ser animados a participar en la toma de decisiones médicas. Este estudio tiene similitudes por los altos porcentajes de pérdida de información en las distintas partes de la atención, lo que podría disminuir las probabilidades de un correcto diagnóstico por información deficiente, y su participación en la toma de decisiones o incluso el consentimiento de las mismas.

Carrasquillo (2009) realizó un estudio transversal y entrevistas de seguimiento 10 días después de la visita en el departamento de emergencias del Hospital Universitario Urbano en el Noreste de Estados Unidos. Se midió la satisfacción del paciente y la voluntad de regresar si era necesaria la atención de emergencia, y se midieron los problemas informados por los pacientes. El 15% de los pacientes informó que el inglés no era su lengua materna. Sólo el 52% de los pacientes que no hablan el inglés estaban satisfechos en comparación con el 71% de las personas de habla inglesa ($p < 0,01$). Entre los que no hablan el inglés, el 14% dijo que no volvería si tenían otro problema que requiera atención de emergencia en comparación con el 9,5% de personas de habla inglesa ($p < 0,05$). La similitud con este estudio es cuanto, a las diferencias del idioma de uso corriente del paciente y profesional, donde el 41,7% de los sujetos comprendieron menos de 50% las indicaciones postoperatorias. En lo que refiere al consentimiento informado el 58,3% de los sujetos comprendieron menos el 50% del documento, valores que podrían influir en la comodidad del paciente durante la atención y su satisfacción sobre el servicio y voluntad a continuar los tratamientos (14).

Conclusión

En este estudio se observó que el promedio de información perdida durante la historia clínica o anamnesis de un paciente guaraní-parlante fue de 42%. El 70,8% de los sujetos presentó hasta 50% de información perdida o no comprendida. En cuanto a la cantidad de información perdida en las indicaciones dadas al paciente, las indicaciones postoperatorias fueron las menos comprendidas, seguidas por las preoperatorias, las más comprendidas fueron las intraope-

ratorias. En lo relacionado a la cantidad de información perdida durante obtención del consentimiento informado, se puede concluir que la mayoría de los sujetos comprendió menos del 50% del documento.

Referencias

1. Alcaine A. Introducción a la lengua y cultura guaraníes. Valencia: Server; 1999. 3–23 p.
2. Ferrero C, Lasso N. Variedades lingüísticas y lenguas en contacto en el mundo de habla hispana. Bloomington: Bloomington: Books Library; 2011. 35–43 p.
3. Pettit HA. Constitución de la República del Paraguay. Referenciada. Asunción: Intercontinental; 2012.
4. Fernández LK. Lenguas en contacto el caso guaraní/español en la República Argentina. *Rev lenguas para fines específicos* [Internet]. 2007;13:39–40. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2878322.pdf>
5. Coren JS, Filipetto FA. Eliminating barriers for patients with limited english proficiency. *JAOA*. 2009;109(12):634–40.
6. Gay Escoda C, Berini Aytés L. Tratado de cirugía bucal. Barcelona: Océano; 2003.
7. Navarro VC, García MF, Ochandiano CS. Cirugía oral. Madrid: Arán ediciones; 2008.
8. Donado M, Blanco C. Cirugía bucal patología y técnica. 3ra ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2005.
9. Stewart M. Effective physician patient communication and heal outcomes. *Can Med Assoc*. 1995;152(9):1423–33.
10. Ayala de Mendoza F, Gómez C. Manual de historia clínica. Asunción: Editorial de la Facultad de Ciencias Médicas; 2009.
11. Putsch RW. Cross cultural communication. The special case of interpreters in health care. *JAMA*. 1985;254(23):3344–8.
12. Jacobs EA. Overcoming language barriers in health care. Costs and benefits of interpreter services. *Am J Public Health* [Internet]. 2004;94(5):866–9. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1448350/pdf/0940866.pdf>
13. Taylor S p. Cross cultural communication barriers in health care. *Art Sci*. 2013;27(31):35–43.
14. Ferguson WJ, Candib LM. Culture, language and the doctor patient relationship. *FamMed*. 2002;34(5):353–61.
15. Taylor SP, Nicolle C, Maguire M. Preliminary study of the cultural barriers wich may affect universal access. *Loughbrgh Univ*. 2010;22(25):2–11.
16. Goldsmith C, Slack SL, Davies G. Dentist-patient communication in the multilingual dental setting. *Aust Dent J*. 2005;50(4):235–41.
17. Chimenos E. La historia clínica en odontología. Barcelona: Masson; 1999.
18. Patitó JA. Medicina legal. Buenos Aires: Editorial Centro Norte; 2000.
19. De Mestral E. Manual de bioética. 2da ed. Asunción: Editorial de la Facultad de Ciencias Médicas; 2009.
20. Ministerio de Educación y Cultura, Viceministerio de Educación, Educativo DG de D. La educación bilingüe en la reforma educativa paraguaya. 2006.
21. Abril M, Martín A. La barrera de la comunicación como obstáculo en el acceso a a la salud de los inmigrantes. *Actas del I Congreso Internacional sobre Migraciones en Andalucía*. 2011;1521–34.