

El uso del Elderspeak en la comunicación con los ancianos: Revisión sistemática sobre el estado de arte

Paulo J. M. Cruchinho

Departamento de Fundamentos de Enfermería, Escuela Superior de Enfermería de Lisboa (Lisboa, Portugal)

Correspondencia: pjcruchinho@esel.pt

Resumen

Objetivo principal: Comparar el resultado de una nueva metodología de valoración del riesgo de caídas, basada en sensores inerciales portátiles, con la clasificación basada en el resultado del time up and go (TUG) y cuatro metros de marcha (W4m). **Metodología:** La metodología desarrollada se basa en el análisis biomecánico de las señales de aceleración en una prueba que mide equilibrio, tiempo de reacción, marcha y potencia de miembro inferior. Dicha metodología da como resultado un índice de riesgo de caídas que ha sido contrastado con el Physiological Profile Score (PPA). La comparación de este nuevo índice del riesgo de caída con los métodos TUG y W4m se ha realizado sobre una muestra de 74 personas mayores de 65 años. **Resultados:** De los sujetos clasificados con el nuevo método, un 10% no obtuvieron riesgo, calculado a partir del TUG y del W4m. Por otra parte, existe un 43.75% que resultaron con riesgo alto de caídas, según el TUG y W4m, que resultaron tener un riesgo leve con la nueva clasificación basada en sensores inerciales contrastada previamente con el PPA. **Conclusiones:** La valoración del riesgo de caídas utilizando únicamente la medida del tiempo en la ejecución de pruebas clínicas como el TUG y el W4m podría derivar en el diagnóstico de falsos positivos. La evaluación de aspectos adicionales mediante técnicas instrumentales, como el equilibrio o el tiempo de reacción, puede mejorar la predicción del riesgo de caídas.

Palabras clave: Caídas. Personas mayores. Nueva metodología. Pruebas timed up and go. Prueba 4 metros marcha.

Introducción

A lo largo del ciclo vital, la comunicación desempeña un papel social y soporta la identidad personal de los individuos.¹ La comunicación con los ancianos puede ser caracterizada por lo que Hummert designó por *Elderspeak*² y que consiste en un estándar de comunicación paternalista y estereotipada usado para comunicarse con personas consideradas como menos capaces para entender la comunicación.³ El *Elderspeak* es comúnmente llamado *Babytalk*,⁴ por entender el uso del vocabulario y de gramática simplificada, con entonación exagerada y por un volumen aumentado,³ que a menudo se encuentra en hogares para ancianos y otros equipos de atención de salud.⁵ Este tipo de comunicación también se caracteriza por la utilización de frases cortas, preguntas de respuesta cerrada y el uso de la repetición. También incluye la utilización de palabras como "cariño", el uso inapropiado de pronombres como "¿Vamos a bañarnos?" o "¿Cómo estamos hoy?". También comprende la utilización de cuestiones imperativas del tipo "¿Quiere leche para el desayuno, no es?" En lugar de "¿Qué quiere tomar para el desayuno?".³

El *Elderspeak* es frecuentemente utilizado debido al estereotipo de que el envejecimiento se encuentra consistentemente asociado a la declinación de la comprensión y de la memoria.⁶ En el proceso de envejecimiento se producen cambios que hacen la comunicación desafiante para los interlocutores

de los ancianos, a saber, se producen cambios perceptuales en el sistema sensorial, como el declive de la visión y la audición, que hacen que los ancianos pierdan detalles y sea necesario la repetición. También pueden ocurrir dificultades en la gestión de la interferencia cognitiva, pudiendo haber una disminución de la capacidad para ignorar información relevante, como el ruido y otras conversaciones en una misma sala. Puede haber una disminución en la velocidad de recuperar información guardada en la memoria y de la respuesta a las situaciones.⁷ Sin embargo, a pesar de estos cambios naturales del envejecimiento, esto no significa necesariamente que los ancianos pierdan la capacidad de comprender y de recordar información. No todas las personas tienen estos cambios como resultado del proceso de envejecimiento. Muchas veces, los profesionales de la salud que interactúan con los adultos asumen que todos los ancianos son más olvidados, más sordos, más dependientes y menos activos. Estos estereotipos conducen a relaciones con los ancianos caracterizados por un desequilibrio del poder, del control y de la autoridad.⁸ La repetida exposición al *Elderspeak* puede contribuir a una disminución de la autoestima y la depresión de los ancianos, la evitación de los comportamientos sociales y la asunción de comportamientos consistentes con los estereotipos negativos del envejecimiento.⁹ Desde el punto de vista interpersonal, el *Elderspeak* falla en el reconocimiento de que el anciano es un actor independiente, indicando que no vale la pena ser socio de comuni-

cación.¹⁰ La comunicación *Elderspeak* en los hogares de ancianos, lleva a los ancianos a ser dependientes ya reducir su autodeterminación por no apoyar la autoeficacia de los residentes y el mantenimiento de sus habilidades cognitivas debido a la falta de capacidad o de la formación de los equipos. En consecuencia, esta ausencia de autoeficacia puede contribuir a un aumento del declive cognitivo y funcional de los ancianos.¹⁰

Esta revisión sistemática pretende mapear los asuntos centrales abordados en la investigación sobre el uso del *Elderspeak* por los profesionales de la salud, deforma a evidenciar los gaps de investigación futura.

Metodología

Como punto de partida para la revisión sistemática se formuló la siguiente pregunta en formato PICO: "¿Cuáles son los asuntos centrales abordados en la investigación (O) de la utilización del *Elderspeak* en la comunicación con los ancianos (I) por los profesionales y la salud (P) en los últimos 10 años?" La investigación de literatura fue obtenida en la EBSCO, a través de la base de datos CINAHL (Plus con Full text) y MEDLINE (Plus con Full text) con base en la siguiente expresión (elderspeak [Title / Abstract]) OR elderspeak [Text Word].

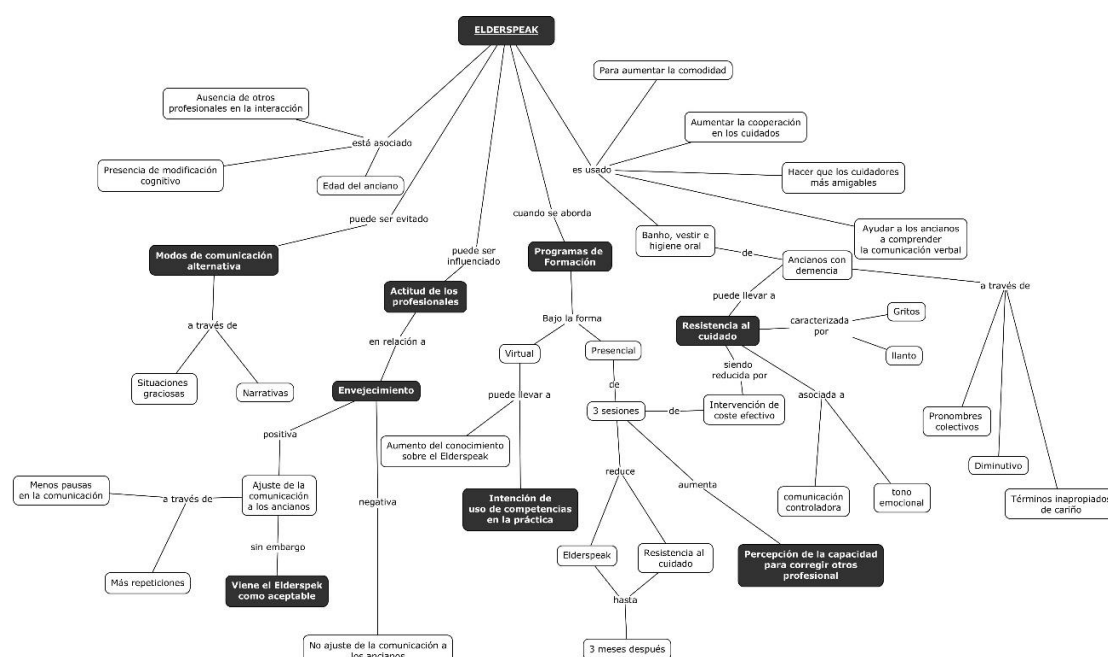
Los artículos incluidos fueron los textos integrales publicados en periódicos con *peer review* de enero de 2007 a diciembre de 2017. Se utilizó como criterio de inclusión artículos que describían todos los contextos de cuidados a los ancianos (hospital, residencias para ancianos, domicilio de los ancianos) y estudios con rigor metodológico. La estrategia de investigación produjo 16 registros sin duplicados, de los cuales fueron seleccionados 14. Los criterios de exclusión utilizados fueron: falta de rigor metodológico (si los artículos no describían el tipo de estudio utilizado o se relatan sólo las experiencias de los profesionales de salud).

Una revisión del estado de arte es una revisión sistemática de un asunto específico y que busca evidenciar los gaps de investigación.¹¹ Para el mapeo de los asuntos centrales de cada estudio se utilizó la metodología del mapeo de evidencias. El mapeo de evidencias es un método que utiliza un enfoque sistemático para facilitar la exploración de nuevas ideas e hipótesis para estudios futuros, que no está sujeta a recomendaciones formales sobre cómo debe hacerse esta asignación.¹² En este estudio, se optó por realizar el mapeo de los asuntos centrales a partir de la información sobre el objetivo del estudio y de los resultados o conclusiones de la tabla de extracción de datos de los estudios investigados.

Resultados

Los asuntos centrales abordados en la investigación sobre el uso del *Elderspeak* por los profesionales de la salud, han sido mapeados a través del software Cmap Tools®. Se encontraron como asuntos centrales de la investigación en la utilización del *Elderspeak*: 1) factores asociados a la práctica de *Elderspeak*; 2) modos de comunicación alternativos al *Elderspeak*; 3) actitudes de los profesionales frente al envejecimiento y prácticas de *Elderspeak*; 4) actitudes de los profesionales frente al envejecimiento y la forma en que vienen la práctica de *Elderspeak*; 5) efecto del *Elderspeak* en la resistencia al cuidado; 6) caracterización de la resistencia al cuidado; 7) efectos de programas de formación en la reducción del *Elderspeak* y en la resistencia al cuidado; 8) modalidades de formación para reducir el *Elderspeak* y la resistencia al cuidado; 9) motivos para el uso del *Elderspeak*; 10) situaciones de cuidado en las que se utiliza *Elderspeak*; 11) caracterización del *Elderspeak* y 12) efecto de la formación para reducir el *Elderspeak* y la percepción de la capacidad de corregir otros profesionales (figura 1).

Figura 1. Mapeo de los asuntos centrales abordados en la investigación de la utilización del Elderspeak por los profesionales de salud



Discusión

La aceptación de la comunicación *Elderspeak* por individuos que han informado de una actitud positiva relacionada con el envejecimiento, puede indicar la presencia de estereotipos. Esto puede suceder porque las actitudes implícitas relacionadas con el envejecimiento pueden ser más fuertemente negativas que las que se explicitan.¹³ El Edadismo es la tendencia de estereotipar negativamente a los ancianos y de discriminar a las personas simplemente porque son más viejas. Se basa en imágenes negativas o preconceptos que pueden interferir significativamente en la capacidad para los profesionales de comunicarse de forma eficaz y respetuosa. Para reducir el Edadismo, los profesionales deben adoptar una comunicación basada en el respeto y centrada en la persona.¹⁴

La utilización de narrativas para evitar el *Elderspeak* constituye una estrategia que centra a los profesionales en la historia personal de los ancianos y que puede tener un valor terapéutico. El abordaje narrativo dentro de la relación enfermero-anciano, proporciona un campo extra para trabajar incidentes problemáticos, en el cual el enfermero puede asumir el papel de colaborador en el proceso de rescate de su historia.¹⁵ Por otro lado, la utilización del humor puede ayudar a los ancianos a desarrollar relaciones terapéuticas con los enfermeros para hacer frente a situaciones difíciles, a expresar sus emociones, a preservar su dignidad.¹⁶

Otro de los temas que emergió en esta revisión sistemática fue la asociación entre la comunicación *Elderspeak* y la resistencia al cuidado. El *Elderspeak* constituye una forma de irrespeto de los ancianos.¹⁴ Los ancianos pueden responder a esa forma de irrespeto, no sólo con un aumento de la dependencia y disminución de la autoestima, pero también a través de la falta de respeto por el profesional con quien está interactuando.¹⁷ La resistencia a los cuidados es originada por la falta de comprensión de la razón por la cual una determinada actividad de vida diaria necesita ser realizada. Esta resistencia, puede ser secundaria a dificultades de comprensión o por alucinaciones en relación con la condición del anciano o de la identidad del cuidador.¹⁸

El tono de voz y el estilo de comunicación con los ancianos, como factores precipitantes de la resistencia a los cuidados por los ancianos con demencia, están relacionados con la formación de los profesionales de hogares de ancianos para comunicarse con los ancianos. Según Hart y Yetter, el primer paso para mejorar la comunicación con los ancianos exige el reconocimiento del profesional que la prestación de cuidados mejorará si la comunicación mejora y que es su responsabilidad mejorar la comunicación comprensiva y respetuosa de los ancianos. En esa perspectiva, los profesionales necesitan, no sólo de conocer el *Elderspeak*, para evitarlo, pero también conocer las diversas formas de demostrar respeto a los ancianos.¹⁷

La formación sobre *Elderspeak* permite reducir la resistencia al cuidado. Sin embargo, en el caso de alucinaciones de los

ancianos, la resistencia a los cuidados necesita ser gestionada a través de abordajes conductuales. Un enfoque muy simple, consiste en dejar el anciano por algunos minutos. Otro abordaje necesita dos cuidadores, para prestar cuidados, uno que distrae al anciano y otro que realiza la actividad.¹⁸ La gestión de estas situaciones exige que los enfermeros no se dimitan del papel de orientación y supervisión de cuidados, cuando deleguen los cuidados de higiene al personal auxiliar.¹⁹

En uno de los estudios se resalta la confianza de los profesionales para corregir otros profesionales en la comunicación con *Elderspeak*. La corrección de otros profesionales corresponde al ejercicio del papel de abogado del anciano y que consiste en la actuación en nombre de los ancianos para proteger sus derechos, valores, beneficios y bienestar, cuando son capaces de defenderse por sí mismos.²⁰ Para corregir otros profesionales, es fundamental que los enfermeros sepan dar *feedback* constructivo. Este incluye el suministro simultáneo de retroalimentación positiva y negativa, que debe darse inmediatamente y con frecuencia. El *feedback* negativo debe darse en privado, de forma clara, sobre la base de comportamientos observables e incluir sugerencias de cambio.²¹

Conclusión

Uno de los temas que hay que tener en cuenta en los programas de formación, para reducir el *Elderpeak*, dirigidos a los profesionales de la salud consiste en la desmitificación de estereotipos relacionados con el envejecimiento y la formación sobre la comunicación centrada en la persona. Para ello es importante abordar las formas de demostración de respeto y de irrespeto con los ancianos. Otro tema importante que puede formar parte de los programas de formación dirigidos a auxiliares de salud y de hogar de los ancianos, consiste en la utilización de estrategias para gestionar la resistencia a la atención de los ancianos con alteraciones cognitivas. Además, los programas de formación dirigidos a enfermeros pueden incluir temáticas específicas relacionadas con el uso del humor y las narrativas en la reducción del *Elderspeak* y de las actividades de abogado del anciano, que es objeto de *Elderspeak*.

Esta revisión sistemática reveló como laguna en la investigación sobre el uso del *Elderspeak* por los profesionales de la salud, la relación con el tipo de modelo de atención adoptado a nivel organizacional. En el área de enfermería, los modelos de atención tienen como foco al individuo y cómo los servicios de atención de enfermería son prestados.²² En los contextos de cuidados residenciales, los cuidados centrados en el cliente han sido ampliamente promovidos y se consideran como un concepto central que guía el cambio del modelo biomédico tradicional hacia un enfoque más humanístico.²³ Esta información puede ser importante para diseñar estudios que pretendan reducir el *Elderspeak* de forma duradera, asociada a la implementación de cuidados centrados en el anciano.

Bibliografía

1. Tolson D, Wilson CB. Communication. En: Reed J, Charlotte C, MacFarlane A, editors. Nursing older adults. England: McGraw-Hill; 2012. p. 179–95.

2. Hummert ML. Stereotypes of the elderly and patronizing speech. In: Hummert ML, Wiemann JM, editors. *Interpersonal communication in older adulthood*. California, CA: Thousand Oaks; 1994. p. 162–85.
3. Williams KN, Kemper S, Hummert ML. Enhancing communication with older adults: overcoming elderspeak. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* [Internet]. 2005 [Consultado 22 Jun 2018];43(5):12–6. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15960030>
4. Caporael LR. The paralanguage of caregiving: baby talk to the institutionalized aged. *J Pers Soc Psychol* [Internet]. 1981 [Consultado 22 Jun 2018];40(5):876–84. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7241341>
5. Bouchard RE, Hummert ML, Boich LH. Communication Predicaments of Aging. *J Lang Soc Psychol* [Internet]. 1995 [Consultado 23 Jun 2018];14(1–2):144–66. Disponible en: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0261927X95141008>
6. Murphy DR, Daneman M, Schneider BA. Why do older adults have difficulty following conversations? *Psychol Aging* [Internet]. 2006 [Consultado 22 Jun 2018];21(1):49–61. Disponible en: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/0882-7974.21.1.49>
7. Giordano JA. Effective Communication and Counseling with Older Adults. *Int J Aging Hum Dev* [Internet]. 2000 [Consultado 23 Jun 2018];51(4):315–24. Disponible en: <http://journals.sagepub.com/doi/10.2190/AU9C-E2QF-RFN4-E7AT>
8. Ryan E, Bourhis R, Knops U. Evaluative perceptions of patronizing speech addressed to elders. *Psychol Aging* [Internet]. 1991 [Consultado 25 Jun 2018];6(3):442–50. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1930761>
9. Rodin J, Langer E. Aging Labels : The Decline of Control and the Fall of Self-Esteem. *J os Soc Issues*. 1980;36(2):12–29.
10. Williams KN. Elderspeak in institutional care for older adults. En: Backhaus P, editor. *Communication in elderly care*. London: Bloombury Academic; 2011. p. 1–19.
11. Nelson H. Systematic reviews. En: *Systematic reviews: To answer health care questions*. Philadelphia, Pennsylvania: Wolters Kluwer Health; 2014. p. 1–9.
12. Mlake-Lye IM, Hempel S, Shanman R, Shekelle PG. What is an evidence map? A systematic review of published evidence maps and their definitions, methods, and products. *Syst Rev* [Internet]. 2016 [Consultado 22 Jun 2018];5(1):28. Disponible en: <http://systematicreviewsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13643-016-0204-x>
13. Hess TM. Attitudes toward Aging and Their Effects on Behavior. En: Birren JE, Schaie KW, editors. *Handbook of the psychology of aging*. 6th ed. London: Elsevier Inc; 2006. p. 379–98.
14. Sthorlie TA. Person-centered communication: Ageism - the core problem. En: *Person-centered communication with older adults: The professional provider's guide*. London: Elsevier Inc; 2015. p. 79.
15. Aloia JA. The nurse and the use of narrative : an approach to caring. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2009;16(8):711–5.
16. Astedt-Kurki P, Isola A, Tammentie T, Kervinen U. Importance of humour to client–nurse relationships and clients' well-being. *Int J Nurs Pract*. 2001;7(2):119–25.
17. Hart V, Yetter A. Communication across the life span. En: Hart VA, editor. *Patient-provider communications: Caring to listen*. London: Jones e Bartlett; 2010. p. 170–2.
18. Volicer L, Bloom-Charette L. Assessment of quality of life in advanced dementia. En: Volicer L, Bloom-Charette L, editors. *Enhancing the quality of life in advanced dementia*. Philadelphia, Pennsylvania: Brunner / Mazel; 1999. p. 3–17.
19. Walczak MB, Absolon PL. Essentials for effective communication in oncology nursing: assertiveness, conflict management, delegation, and motivation. *J Nurses Staff Dev* [Internet]. 2001;17(2):67–70. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12154542>
20. Baldwin MA. Patient advocacy: a concept analysis. *Nurs Stand* [Internet]. 2003 [Consultado 24 Jun 2018];17(21):33–9. Disponible en: <http://rcnpublishing.com/doi/abs/10.7748/ns2003.02.17.21.33.c3338>
21. Whitehead DK, Weiss SA, Tappen RM. Getting People to Work Together. En: *Essentials of nursing leadership and management*. Fifth. Philadelphia, Pennsylvania: F. A. Davis Company; 2010. p. 82–4.
22. Czerwinsky BS. Staffing and scheduling. En: Jones RAP, editor. *Nursing leadership and management : Theories, processes and practice*. Philadelphia, Pennsylvania: F. A. Davis Company; 2007. p. 282–5.
23. Li J, Porock D. Resident outcomes of person-centered care in long-term care: a narrative review of interventional research. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2014 [Consultado 25 Jun 2018];51(10):1395–415. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.04.003>