

A comunicación coa persoa anciá: “idadismo” e “falaxeria”¹

La comunicación con la persona anciana: edadismo y “hablageria”

Communicating with the elderly: ageism and “elderspeak”

AUTORES:

Melián Rodríguez, Luis^a

^a Universidade de Santiago de Compostela

Autor para correspondencia: Luis Melián Rodríguez, luis.melian@rai.usc.es

Resumo

Título: A comunicación coa persoa anciá: “idadismo” e “falaxeria”.

Objetivo: Nunha sociedade avellentada coma a nosa xorden diversas formas de discriminación baseadas en prexuízos sobre o que a idade comporta. Unha destas formas, a falaxeria ou *elderspeak*, atinxe directamente ao eido da saúde, onde a comunicación é un elemento central no acto terapéutico. Este traballo aborda de forma descritiva unha revisión crítica sobre as análises existentes sobre a percepción que teñen as persoas anciás desta maneira de lles falar e os efectos que neles ten.

Estrutura: Nunha primeira parte trátase o idadismo como forma de discriminación baseada na idade. Posteriormente céntrase a análise no caso específico da falaxeria e dos resultados negativos na saúde do doente que numerosos estudos amosan. Finalmente, e a partir de diversas propostas formativas realizadas noutros países e con resultados moi positivos no desenvolvemento da comunicación coa persoa anciá, faise unha proposta pedagóxica na que se bosquesan algunhas medidas formativas para pormos fin a estas microagresións no eido sanitario.

Resultados: O idadismo, e máis especificamente a denominada falaxeria, supón unha agresión cara o doente con un impacto negativo na súa saúde e desempeño cognitivo. Mentres que a acomodación lingüística resulta unha estratexia fundamental no proceso comunicativo e de grande utilidade no acto terapéutico, un desequilibrio nesta adaptación da fala baseado en posturas idadistas pode ter graves consecuencias negativas na persoa anciá, coma son a redución da satisfacción vital ou mesmo o deterioro físico e mental a medio prazo.

Conclusións: O equilibrio na acomodación, evitando tanto o exceso coma o defecto, amosa os mellores resultados e onde as persoas maiores referían menores problemas e valoraban coma o máis positivo. A acomodación verdadeiramente efectiva e que non era valorada como aldraxante era aquela que se adaptaba mediante unha simplificación sintáctica, una elaboración semántica axustada e prosodia neutra. Daquela, faise hoxe en día innegable a necesidade da incorporación de formación acaída alén das crenzas persoais neste eido e que axude a atopar o equilibrio preciso na acomodación lingüística a prol dunha comunicación máis efectiva na que o ancián sexa visto coma un doente capaz.

Palabras chave: *falaxeria, idadismo, comunicación, vellez, discriminación, persoa anciá.*

Abstract

Title: Communicating with the elderly: ageism and “elderspeak”

Objectives: In today's ageing society, various forms of discrimination arise based on prejudices concerning what age entails. One of these forms, so-called elderspeak, directly affects health workers, for whom communication is a central element of the treatment they provide. This paper analyses from a descriptive approach the research made on the perception that the elderly have of this form of addressing them and the effects it has on them and on their prognosis.

Structure: The first part deals with ageism as a form of discrimination based on age. Subsequently, the analysis focuses on the specific case of elderspeak and the negative impact it has on the patient's health, which has been shown in numerous studies. Finally, and based on various training proposals carried out abroad with very optimistic results in the field of communication with the elderly, a pedagogical proposal is made in which some formative measures are outlined that could help to put an end to these microaggressions within the healthcare system.

Results: Ageism, and more specifically the so-called elderspeak, is an aggression to the patient with a negative impact on his or her health and cognitive performance. While linguistic accommodation is a fundamental strategy in the communicative process and very useful for the therapeutic act, an imbalance in this adaptation of speech based on ageist approaches can have severe and negative consequences in the elderly person, such as reduced life satisfaction or even physical and mental deterioration.

¹ Este artigo é unha adaptación do Traballo de Fin de Grao en Medicina do autor.

Conclusions: An appropriate balance in accommodation, avoiding both over and under-accommodating, shows the best results in which older people report fewer communicative problems and it is the one valued as the most positive. The truly effective accommodation, not perceived as humiliating, was the one adapted by means of syntactic simplification, adjusted semantic elaboration and neutral prosody. Therefore, it is nowadays undeniable the need for an appropriate incorporation of communicative training in the formative process of personnel in this area. Instructing on how to find the necessary balance in the linguistic accommodation in favour of a more effective communication in which the elderly is seen as a capable patient.

Keywords: *elderspeak, ageism, communication, discrimination, the elderly, patronising*

Resumen

Título: La comunicación con la persona anciana: edadismo y “hablageria”

Objetivo: En una sociedad envejecida como la nuestra surgen diversas formas de discriminación basadas en prejuicios sobre lo que la edad comporta. Una de estas formas, la “hablageria” o *elderspeak*, afecta directamente al campo de la salud, en el que la comunicación es un elemento central del acto terapéutico. Este trabajo aborda de forma descriptiva los análisis existentes sobre la percepción que tienen las personas mayores sobre esta forma de dirigirse a ellos y los efectos que en ellos conlleva.

Estructura: En una primera parte se aborda el edadismo como forma de discriminación basada en la edad. Posteriormente se centra el análisis en el caso específico de la hablageria y los resultados negativos en la salud del paciente que han demostrado numerosos estudios. Finalmente, y a partir de diversas propuestas formativas realizadas en otros países y con resultados muy positivos en el desarrollo de la comunicación con la persona anciana, se hace una propuesta pedagógica en la que se esbozan algunas medidas formativas para acabar con estas microagresiones en el ámbito sanitario.

Resultados: El edadismo, y más específicamente la denominada hablageria, supone una agresión al paciente con un impacto negativo en su salud y desempeño cognitivo. Mientras que la acomodación lingüística resulta una estrategia fundamental en el proceso comunicativo y de gran utilidad para el acto terapéutico, un desequilibrio en esta adaptación del habla asentado en posturas edadistas puede comportar graves consecuencias negativas en la persona anciana, como son: la reducción de la satisfacción vital o, incluso, un deterioro físico y mental a medio plazo.

Conclusiones: El equilibrio en la acomodación, evitando tanto el exceso como el defecto, muestra los mejores resultados en el que las personas mayores refieren menores problemas comunicativos y es el que presenta una valoración más positiva. La acomodación verdaderamente efectiva y que no era valorada como humillante era aquella que se adaptaba mediante una simplificación sintáctica, una elaboración semántica ajustada y prosodia neutra. Por tanto, se hace hoy en día innegable la necesidad de incorporar adecuadamente esta dimensión académica en el proceso formativo del personal sanitario más allá de las creencias personales y que ayuden a encontrar el equilibrio necesario en la acomodación lingüística a favor de una comunicación más efectiva en la que el anciano sea visto como un paciente capaz.

Palabras clave: *Hablageria, edadismo, comunicación, vejez, discriminación, persona anciana.*

INTRODUCCIÓN

A realidade socio-demográfica actual do estado español, e da meirande parte do mundo occidental, caracterízase por un importante proceso de envellecemento social e isto é aínda máis marcado no caso de Galicia. España pasou de ter unha estrutura poboacional piramidal nos anos setenta cunha idade media en 1975 de 33 anos, a unha pirámide de transición demográfica nos anos noventa, e de alí ata a pirámide case invertida da actualidade onde a idade media acada os 43,8 anos.

Este avellentamento demográfico é aínda máis pronunciado no caso de Galicia onde a idade media se sitúa en 47,7 anos, catro anos por riba da media estatal. Esta novidosa situación estrutural condiciona e introduce diversos aspectos no día a día tanto social, coma económico, político ou sanitario. Neste senso, no eido da saúde o cambio demográfico xoga un papel central cun forte impacto na realidade asistencial. De media en España a idade de ingreso hospitalario pasou de ser 51.9 anos en 2008 a 58.1 anos no 2020 coa modificación na incidencia das diferentes patoloxías, o aumento da enfermidades crónicas e unha necesidade, non sempre resolta, de recursos económicos, humanos e tamén formativos necesarios para este novo reto.

Como consecuencia deste desenvolvemento poboacional xorden tamén actitudes específicas cara a poboación máis vella e aparecen, asemade, prexuízos e novas formas de discriminación. Estas actitudes negativas cos anciáns por parte do persoal sanitario compórtanse como factores de risco para o benestar e a saúde física e mental destas persoas (1). Así, no que atinxe aos estereotipos e agresións vinculadas coa ancianidade nace o termo “idadismo” coma un novidoso concepto que fai referencia ás formas de discriminación baseadas na idade (2) e que implica unha serie de

microagresións cara a persoa anciá (3). O idadismo pode ser considerado o terceiro “-ismo” tras o racismo e o sexismo (4) no campo das discriminacións, e precisa aínda da realización dun maior número de análises que axude a súa correcta abordaxe (5).

De entre estas microagresións, ocupa un papel destacado no ámbito da sanidade o concepto inglés de “*elderspeak*”, e que aquí se denominará por analogía como “falaxeria”. Este termo apareceu no ano 1986 nun traballo de Cohen e Faulkner e foi amplamente desenvolvido en análises posteriores. Fai referencia ás acomodacións lingüísticas segundo as necesidades percibidas na fala da xente nova coas persoas anciás (6,7) e que, malia adoitarse ser entendido por parte dos cuidadores e persoal sanitario coma unha mostra de cariño (8), as súas consecuencias na saúde do doente ou da persoa anciá acostuman ser negativas (1,9–11).

No tocante ao idadismo coma forma de discriminación denomínase ao conxunto de prexuízos e actitudes discriminatorias cara sectores da poboación segundo a súa idade (3). Neste sentido existe ademais unha relación lineal entre a vulnerabilidade fronte a este xeito de discriminación e os seus efectos, sendo os máis vellos os de maior risco (9). Esta triste realidade fíxose aínda máis patente durante a pandemia do COVID-19 vivida a nivel mundial dende o ano 2020. Observouse neste período unha acentuación da exclusión e discriminacións dos anciáns en varios campos sociais e sanitarios, mostrándose o idadismo coma un relevante determinante social da saúde (11). Moitas das medidas e políticas sociais e sanitarias que se tomaron e deseñaron durante a pandemia parten de bases discriminatorias, case sempre agachadas ou ignoradas, fundamentadas na idade dos doentes e que tiveron un forte impacto directo nas taxas de morbimortalidade do virus nas cohortes de maior idade (12). Un dos grandes problemas á hora de encarar esta problemática, é a súa aceptación social sendo mesmo vista coma un trato case de cortesía e deferencia; isto condiciona dificultades para a súa identificación e, daquela, dificulta a proposta de solucións.

A transversalidade do idadismo, e de como este abrangue a gran parte dunha sociedade avellada, non foi tratada dabondo na academia nin na práctica clínica (13). Así e malia que xa se comezou a falar diso na década dos oitenta, non foi ata tempos recentes cando tomou certa relevancia social. De feito, esta baixa consciencia do problema podería explicarse, dunha forma algo tautolóxica, pola propia existencia do idadismo, que fai que se lle reste importancia á problemática que atinxe os maiores (5). Cómpre salientar neste senso que no ámbito da sanidade galega xa no ano 2016 esta realidade acadou un lugar central co gallo do XXVIII Congreso Internacional da Sociedade Galega de Xerontoloxía e Xeriatría, que o adoptou como eixo vertebrador do simposio.

Cómpre subliñar tamén que estes comportamento idadistas teñen un maior impacto nos doentes do ámbito da saúde mental, favorecendo o desenvolvemento de trastornos coma a ansiedade e a depresión (9). A súa vez isto afecta dunha forma máis fonda a aqueles individuos que tradicionalmente sufriron menores formas de discriminación na súa mocidade, é dicir: homes heterosexuais. Daquela, aqueles sectores sociais que adoitan gozar de maiores privilexios nas nosas sociedades actuais son así mesmo nos que máis impacto ten este tipo de actitudes discriminatorias (9) pola súa pouca experiencia previa como suxeitos de discriminación.

Pero, que é a falaxeria? Trátase dun cambio ou acomodación nas pautas comunicativas efectuado pola xente nova na súa relación con persoas anciás en función das necesidades percibidas por estes (7). Esta percepción de necesidades específicas baséase normalmente nos estereotipos e prexuízos existentes sobre o que supón a vellez (3,11), así como nunha esperada perda das capacidades da persoa, esencialmente no eido cognitivo (7,14). A falaxeria estrutúrase ao redor de tres eixos principais: a elaboración semántica (repeticións e produción de instrucións extensas), a simplificación sintáctica e as modificacións prosódicas da fala. Ademais, pódese engadir tamén a simplificación léxica, a superficialidade temática das conversas e un ton emocional percibido coma condescendente e mesmo denigrante, que achega este xeito de falar ao que se coñece como “*baby talk*”, e que se refire á maneira de falar dos adultos cos cativos (8,15). Outro sinal de identidade da falaxeria é o uso excesivo de diminutivos, termos considerados agarimosos (miña *reina*, campión, *abuelo*, ...) ou a substitución do pronome de segunda persoa singular (*tí* ou *vostede*) polo de primeira persoa plural (*nós*) (8). Esta cuestión pode variar segundo as idiosincrasias de cada lingua (15).

Daquela, este traballo enmárcase nun contexto exploratorio debido ao pouco material analítico académico existente sobre a temática. Esta característica sobre a escasa literatura existente fai que

non se poidan levar a cabo metodoloxías analíticas máis sofisticadas e con maior nivel de evidencia, como podería ser unha análise sistemática ou metaanálise, dos traballos publicados. Así, coma unha primeira aproximación analítica, no artigo realízase unha revisión narrativa da bibliografía existente sobre este modelo de discriminación no campo da saúde. A busca bibliográfica realizouse tanto no buscador científico de Google Scholar coma en PubMed. Os criterios metodolóxicos que rexiron a selección dos artigos incluídos foron a publicación no período temporal dende o ano 2000 ata o 2022, escritos tanto en galego, castelán coma inglés e que incluíran os termos *elderspeak*, *ageism*, *“health communication”*, *“elderly AND discrimination”*, *“communication skills AND medicine”* ou os seus correspondentes en cada lingua. Nos casos en que os artigos estudados mencionaban artigos fundacionais sobre a materia publicados anteriormente pero considerados como pioneiros no estudo da temática, estes tamén foron analizados. As revistas incluídas na pesquisa abranguían tanto o ámbito sanitario como o do traballo social e o da socioloxía.

O obxectivo final do mesmo non é outro que pór en primeiro plano estas prácticas, ver que impacto ten na saúde dun sector xa maioritario da nosa sociedade, analizar que alternativas foron propostas na literatura e os seus efectos e, finalmente e dunha forma tentativa, tratar de realizar unha breve proposta sobre a necesidade formativa neste campo.

RESULTADOS

A análise da bibliografía existente sobre este fenómeno amosa a crenza nunha asociación entre o paso dos anos cunha diminución das competencias mentais e físicas das capacidades da persoa, o que a súa vez impacta enormemente nas persoas anciás que ven minguada a percepción da súa propia imaxe, desposúelles axiña da capacidade de control da súa vida e de aí que se afasten das interaccións sociais (3). Resulta interesante que dende a perspectiva do emisor a falaxeria é entendida coma o xeito preferido de ser tratadas polas persoas de idade avanzada, pois presupóñenlle un cariz máis tenro e agarimoso; non coma unha forma de aldraxar a persoa (8). No entanto, as persoas maiores perciben a falaxeria coma unha comunicación denigrante e irrespectuosa ao sentiren que son tratados coma cativos e desposuídos da súa dignidade (8,15).

Cómpre subliñar que o problema da falaxeria provén non tanto da existencia de certa acomodación lingüística no trato, que en moitas ocasións pode resultar positiva, senón da acomodación esaxerada baseada nun estereotipo que deturpa a vellez no canto de axustarse aos eventuais problemas de comunicación real que poidan xurdir (16). Esta hiperacomodación, e o que a súa aparición comporta, favorece asemade o desenvolvemento dunha identidade anciá que retroalimenta á súa vez os estereotipos negativos sobre as persoas de idade como persoas cognitivamente discapacitadas nun perigoso círculo vicioso (17). Noutras palabras, como consecuencia das baixas expectativas sobre as súas capacidades, as persoas maiores a miúdo experimentan as consecuencias do “modelo comunicativo da terceira idade” (coñecido polas súas siglas CPA do inglés *Communication Predicament of Aging*). Pódese dicir, xa que logo, que a falaxeria reforza os estereotipos negativos que existen cara ás persoas de máis idade, ao mesmo tempo que limita e afonda no seu deterioro físico e cognitivo (15).

Do mesmo xeito, tamén se debe que non toda acomodación da fala é negativa na comunicación coas persoas maiores, senón que é a sobreadaptación infantilizadora a que comporta os elementos negativos. Así, falar algo máis amodo ou facendo fincapé nalgunhas palabras específicas pode axudar na comprensión e mesmo na capacidade de recordaren e reteren a información recibida. Este efecto positivo obsérvase na mellora da capacidade memorística á hora de lembrar datos médicos grazas ao uso da énfase e dunha menor velocidade na fala. Isto é así xa que se diminúen as demandas á memoria executiva, que xa de por si adoita estar máis restrinxida (10). É dicir, mentres que é verdade que certa adaptación da fala é percibida coma sinal de afecto e coidado e, de feito, unha hipoacomodación é vista como falta de empatía, un exceso na acomodación valorábase por un 40% da mostra do estudo coma unha fala condescendente e denigrante (16). Ou sexa, se houber unha adaptación aquecida aos problemas comunicativos reais --xordeira ou hipoacusia por exemplo--, e o que se axusta é o volume e non a prosodia completa, isto é percibido coma un xesto positivo (16).

En sintonía co anterior, algúns estudos amosan que dentro das variables que conforman a falaxeria non todas teñen o mesmo peso nin impacto no proceso comunicativo (7). Así, namentres que a

simplificación sintáctica si supón unha mellora na comprensión e non ten un impacto negativo na percepción do ancián, as modificacións na prosodia e a esaxeración da mesma (falar excesivamente devagar, ou moi alto, ou xesticulando de máis) non mellora a comunicación nin a comprensión e si que ten un forte impacto negativo sobre o ancián (7). Resulta destacable que un estudo realizado por Kemper *et al.* (17) demostra que as persoas anciás á hora de comunicarse coas persoas da súa mesma franxa de idade, aínda que adoptan trazos da falaxeria (como a simplificación sintáctica), non toman aqueles que son percibidos como irrespectuosos e baseados na crenza dun empeoramento cognitivo dos maiores.

Pola outra banda, a desposesión dos dereitos inherentes dunha persoa adulta que supón a actitude paternalista e infantilizadora da falaxeria acada unha maior importancia, se cabe, no caso das persoas con demencia (8). Por mor da súa doenza, estas xa parten dunha loita constante polo mantemento do autoconcepto, e da representación do “eu” nas relacións interpersoais (18). Así mesmo, a comunicación demostrou ser un elemento central no desenvolvemento de problemas actitudinais no eido específico das persoas con demencia. Tanto é así que os programas centrados en reducir esta forma de idadismo en centros de coidados con doentes con demencia amosou resultados francamente positivos (18).

Do mesmo xeito, varios estudos reflicten de forma significativa que existe unha asociación entre unha actitude de rexeitamento aos coidados por parte de persoas con demencia e contextos comunicativos caracterizados pola falaxeria (8,18,19). Esta actitude de rexeitamento aos coidados nesta contorna comunicativa sería, se callar, o resultado da necesidade amosada polo ancián dunha comunicación menos condescendente.

DISCUSIÓN

Unha vez vista e analizada a importancia dunha comunicación adecuada e de evitarmos esta forma de idadismo lingüístico, cómpre subliñar tamén que aínda que a falaxeria poida ser percibida como un trato agarimoso polo ancián cando vén dun membro da súa familia, cando é realizado por persoal sanitario a tendencia é a sentila como un trato condescendente e paternalista (14,20). Polo tanto, e seguindo o principio rexedor da práctica médica do *primum non nocere*, resulta imprescindible a inclusión nos programas formativos do persoal sanitario de novas estratexias comunicativas coas persoas de maior idade, cunha énfase especial coas persoas con demencias (18), que asegure que a comunicación resulta tamén verdadeiramente terapéutica. E isto, malia a Orde ECI/332/2008 do Ministerio de Educación e Ciencia na que se incluía a Comunicación coma unha das sete competencias específicas a adquirir durante o Grao en Medicina, non parece estar a ocorrer.

No ano 2014, 32 das 42 Facultades de Medicina acreditadas en España incluían a comunicación coma unha competencia básica pero dedicándolle tan só 2.77 ECTS de media (21). Pola outra banda, o estudo realizado por Ruiz-Moral *et al.* (22) reflicte que no ano 2017 só seis Facultades de Medicina en España tiñan unha materia específica de Comunicación, a Universidade de Santiago de Compostela entre elas. Ademais, para que se trate dun ensino acaído non basta coa existencia dunha disciplina específica ou a integración da dimensión comunicativa ao longo do grao, senón que se fai preciso que esta cumpra unha serie de requisitos que foron consensuados a nivel internacional e que se resumen nos seguintes cinco puntos (23): 1) ser lonxitudinal e non un aspecto puntual; 2) incluír métodos docentes “experienciais” como *role-playing* a pacientes simulados; 3) Ser un ensino integrado no currículo médico xeral e nas actividades prácticas; 4) que preste especial atención á calidade do seu adestramento onde o alumnado reciba unha retroalimentación da súa actuación; e 5) que sexan avaliados de forma obxectiva e acorde co aprendido. Desgraciadamente, isto non está a acontecer (22).

Nesta mesma liña, Burnes *et al.* (1) realizaron unha metaanálise de 63 estudos levados acabo entre 1976 e 2018 nos que estudaban o impacto das intervencións pedagóxicas realizadas con persoal sanitario e o seu efecto na presenza de actitudes idadistas. Nesta análise concluíron que as intervencións que combinaban procesos puramente formativos con experiencias de contacto interxeneracional onde os propios doentes anciás formaban parte do proxecto tiñan un maior

impacto nas actitudes posteriores do persoal sanitario. Polo que non chega só con realizar charlas formativas sobre o tema, senón que a mesma integración dos anciáns no proceso aporta un mellor resultado. A iso, hai que lle engadir que do mesmo xeito que os estereotipos negativos sobre a vellez teñen un impacto destrutivo na saúde física e mental dos anciáns, os estereotipos positivos manifestan unha forte capacidade para contraporse aos primeiros (3). Velaquí onde no eido educativo se atopa un espazo de gran relevancia para a mellora da comunicación terapéutica do persoal sanitario, sendo un dos primeiros pasos chamar atencións dos propios sanitarios sobre as súas condutas idadistas e o espallado uso da falaxeria (20)

Existen algunhas experiencias formativas neste campo como a realizada por Bradford e End (24) nunha residencia de anciáns en Ohio co persoal de enfermaría. Observouse unha importante diminución do uso de falaxeria con impacto na mellora do benestar e a autoestima dos residentes trala formación do persoal sanitario en só tres semanas. Resultados na mesma liña xa aportara un estudo realizado en cinco centros de maiores nos Estados Unidos de América onde despois dun curso ao persoal sanitario advertiron unha clara diminución do uso desta maneira de falar, e máis importante aínda, unha percepción por parte dos residentes dunha comunicación máis respectuosa e menos controladora (25). Tratouse dunha intervención formativa curta de tres sesións dunha hora na que se lles proporcionaban estratexias para evitaren o uso da falaxeria. Algúns exemplos de modificacións extraídos dese proxecto e que poderían ser de utilidade tamén aquí son os seguintes:

Exemplo 1:

- Versión idadista: “Ola, *ruliña*. É hora do *noso* exercicio diario. *Preparámonos* para baixar ao salón?”
- Proposta non idadista: “Ola, *dona* XXXX. É hora do *seu* exercicio diario. Déixeme axudala a prepararse para *baixar* ao salón”.

Exemplo 2:

- Versión idadista: “Bo día, *campión*. *Estamos* preparados para o *noso* baño, *non si?*”.
- Proposta non idadista: “Bo día, *don* XXXX. Está preparado para o *seu* baño?”.

Velaquí dous exemplos sinxelos de actuacións que se viven acotío nos centros de maiores e hospitais do noso país, e que con pequenas modificacións, mellora considerablemente a percepción do residente ou da persoa ingresada. Mais, os estudos tamén amosan que hai dúas dimensións da falaxeria que son máis resistentes á súa desaparición, mesmo despois dos procesos formativos e que, daquela, precisa maior incidencia. Estes son a simpleza léxica e unha complexidade gramatical esaxeradamente reducida. A exposición dos doentes idosos a unha ampla riqueza lingüística resulta crucial para o seu mantemento cognitivo e benestar emocional, sendo unha das claves para evitar o deterioro lingüístico que comportan algunhas doenzas de alta prevalencia entre os máis vellos como son as demencias (20).

Como se pode observar, esta formación faise imprescindible na actualidade e, desgraciadamente, apenas se lle dedica tempo na formación universitaria do persoal sanitario. Amais, tal e como amosan as experiencias dos estudos previos non supón un tempo formativo excesivo. Por iso, resulta moi importante que sexa explicado de forma consciente e explícita xa que moitas veces a opción idadista adoita ser asumida e adoptada por considerármola coma a máis apropiada e preferida pola persoa ancián, sen termos en conta os aspectos negativos que implica.

CONCLUSIÓNS

Con todo o analizado previamente, e tendo en conta a situación socio-demográfica na que se exerce na actualidade a tarefa sanitaria asistencial, resulta innegable a importancia e a relevancia de incluír no proceso formativo do persoal sanitario materias ou obradoiros centrados na comunicación coa persoa anciá. Existe material académico resultado de investigacións científicas que aportan claros datos sobre o impacto que ten a falaxeria e o resto de actitudes de idadismo na saúde dos doentes. Ademais, estas propias pescudas baseadas en experiencias formativas previas sinalan o camiño a percorrer e as medidas eficaces na mellora desta problemática.

A partir da análise narrativa dos poucos estudos existentes sobre a materia e seguindo o resumo da proposta xeral extraída de Williams, Kemper e Hummert (26), pódese establecer coma base para a formación en comunicación sanitario as seguintes indicacións centradas en evitar os seguintes aspectos:

- O uso inadecuado do pronome colectivo “nós” fronte o “vostede”.
- O emprego excesivo de preguntas retóricas de confirmación (Verdade?, non si?)
- Os diminutivos e substituílos polo nome da persoa.
- Falar excesivamente amodo, facendo unha énfase nas palabras similar a cando se fala con cativos. Débese manter unha prosodia similar á que empregamos na comunicación entre adultos.

Xunto a isto, cómpre salientar que si se recomenda manter unha adecuación no volume e na prosodia en función da situación basal do doente, e empregar un vocabulario acaído, que non infantil, tendo sempre en conta o nivel educativo previo do paciente.

Para rematar, pódese concluír que o idadismo, e máis especificamente a denominada falaxeria, non é un tema doado nin sinxelo pois non só se precisa de moita formación e información neste eido, senón que falta a mesma consciencia de que este xeito de falarmos supón unha agresión cara o doente. Tal e como se comentou previamente, a acomodación lingüística resulta unha estratexia fundamental no proceso comunicativo e de grande utilidade no acto terapéutico. Emporiso, un desequilibrio nesta adaptación da fala pode ter graves consecuencias negativas na persoa anciá, coma son a redución da satisfacción vital ou mesmo o deterioro físico e mental a medio prazo (16).

O equilibrio na acomodación, evitando tanto o exceso coma o defecto, amosa os mellores resultados onde as persoas maiores referían menores problemas e valoraban coma o máis positivo. A acomodación verdadeiramente efectiva e que non era valorada como aldraxante era aquela que se adaptaba mediante unha simplificación sintáctica, una elaboración semántica axustada e unha prosodia neutra (7,17). Cómpre subliñar unha vez máis que non todos os eixos da falaxeria son negativos. De feito, falarmos un pouco máis amodo e a simplificación sintáctica e gramatical parecen ter un impacto positivo na persoa anciá, pois mellora a capacidade da memoria e carece dos aspectos negativos dunha fala percibida como irrespectuosa ou insultante.

Á fin, o tema da falaxeria debería ocupar un papel central para o persoal sanitario, máis aínda hoxe nunha sociedade claramente avellentada coma a nosa. Isto pode ser facilmente abordado con intervencións formativas que xa amosaron un grande éxito a curto prazo na redución de actitudes idadistas entre o persoal sanitario (1) e que non supoñen un importante gasto de recursos nin económicos nin temporais. Daquela, faise hoxe en día innegable a necesidade da incorporación de formación acaída e que siga as recomendacións sinaladas ao longo deste artigo alén das nosas crenzas persoais neste eido e que axude a atopar o equilibrio preciso na acomodación lingüística a prol dunha comunicación máis efectiva onde o ancián sexa visto coma un doente capaz.

Conflicto de interese: O autor declara non ter conflitos de interese.

Agradecementos: Agradezo ao Dr. Arturo González (CHUS) e ao Dr. Hadrián Pernas (H. Barbanza) polos seus comentarios durante a realización do artigo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Burnes D, Sheppard C, Henderson CR, Wassel M, Cope R, Barber C, et al. Interventions to reduce ageism against older adults: A systematic review and meta-analysis. *Am J Public Health*. 2019;109(8):1–9.
2. Butler RN. Age-ism: Another form of bigotry. *Gerontologist*. 1969 Dec 1;9(4.1):243–6.
3. Nelson TD. Promoting healthy aging by confronting ageism. *Am Psychol*. 2016 May 1;71(4):276–82.
4. Palmore E. The forum the Ageism Survey: First findings. *Gerontologist*. 2001;41(5):572–5.
5. Nelson TD. Reducing ageism: Which interventions work? *Am J Public Health*. 2019;109(8):1066–7.
6. Cohen G, Faulkner D. Does “elderspeak” work? the effect of intonation and stress on comprehension and recall of spoken discourse in old age. *Lang Commun*. 1986;6(1):91–8.
7. Kemper S, Harden T. Experimentally disentangling what’s beneficial about elderspeak from what’s not. *Psychol Aging*. 1999;14(4):656–70.
8. Shaw CA, Gordon JK. Understanding elderspeak: An evolutionary concept analysis. *Innov aging*. 2021 Jul 1;5(3).
9. Lyons A, Alba B, Heywood W, Fileborn B, Minichiello V, Barrett C, et al. Experiences of ageism and the mental health of older adults. *Aging Ment Health*. 2018 Nov 2;22(11):1456–64.
10. McGuire LC, Morian A, Coddling R, Smyer MA. Older adults’ memory for medical information: Influence of elderspeak and note taking. *Int J Rehabil Heal*. 2000;5(2):117–28.
11. Mikton C, de la Fuente-Núñez V, Officer A, Krug E. Ageism: a social determinant of health that has come of age. *Lancet (London, England)*. 2021 Apr 10;397(10282):1333–4.
12. Fraser S, Lagacé M, Bongué B, Ndeye N, Guyot J, Becharde L, et al. Ageism and COVID-19: what does our society’s response say about us? *Age Ageing*. 2020 Aug 24;49(5):692–5.
13. São José JMS De, Amado CAF. On studying ageism in long-term care: a systematic review of the literature. *Int psychogeriatrics*. 2017 Mar 1;29(3):373–87.
14. O’Connor BP, St. Pierre ES. Older persons’ perceptions of the frequency and meaning of elderspeak from family, friends, and service workers. *Int J Aging Hum Dev*. 2004;58(3):197–221.
15. Kemper S. Elderspeak: Speech accommodations to older adults. *Aging, Neuropsychol Cogn*. 1994;1(1):17–28.
16. Ryan EB, Giles H, Bartolucci G, Henwood K. Psycholinguistic and social psychological components of communication by and with the elderly. *Lang Commun*. 1986;6:1–24.
17. Kemper S, Ferrell P, Harden T, Finter-Urczyk A, Billington C. Use of elderspeak by young and older adults to impaired and unimpaired listeners. *Aging, Neuropsychol Cogn*. 1998;5(1):43–55.
18. Williams KN, Herman R, Gajewski B, Wilson K. Elderspeak communication: Impact on dementia care. *Am J Alzheimers Dis Other Demen*. 2009;24(1):11–20.
19. Zhang M, Zhao H, Meng FP. Elderspeak to resident dementia patients increases resistiveness to care in health care profession. *Inquiry*. 2020;57.
20. Corwin AI. Overcoming elderspeak: A qualitative study of three alternatives. *Gerontologist*. 2018 Jul 13;58(4):724–9.
21. Ferreira-Padilla G, Ferrández-Antón T, Baleriola-Júlvez J, Braš M, Dordević V. Communication skills in medicine: where do we come from and where are we going? *Croat Med J*. 2015;56(3):311.
22. Ruiz-Moral R, García de Leonardo C, Cerro Pérez A, Monge Martín D, Caballero Martínez F. Cómo se está incorporando, enseñando y evaluando la comunicación clínica en las facultades de Medicina españolas. *Educ Médica*. 2021 Nov 1;22:473–8.
23. Ruiz-Moral R. Enseñar Comunicación Clínica para los nuevos retos en medicina. *Educ Médica*. 2021 Jul 1;22(4):185–6.
24. Bradford LS, End CM. Impact of an elderspeak in-service training on resident well-being, self-esteem, and communication satisfaction. *Grad Student J Psychol*. 2010;12:14–22.
25. Williams K, Kemper S, Hummert ML. Improving nursing home communication: An intervention to reduce elderspeak. *Gerontologist*. 2003;43(2):242–7.
26. Williams K, Kemper S, Hummert ML. Enhancing communication with older adults: Overcoming elderspeak. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. 2005;43(5):12–6.

PUNTOS CLAVE

- *A comunicación coas persoas anciás este amplamente baseada en prexuízos idadistas que establecen un modelo comunicativo coñecido como falaxeria.*
- *A falaxeria estrutúrase ao redor de tres eixos principais: a elaboración semántica (repeticións e produción de instrucións extensas), a simplificación sintáctica e as modificacións prosódicas da fala. Ademais, pódese engadir tamén a simplificación léxica, a superficialidade temática das conversas e un ton emocional percibido coma condescendente e mesmo denigrante, que achega este xeito de falar ao que se coñece como “baby talk”, e que se refire á maneira de falar dos adultos cos cativos (baby-talk).*
- *A falaxeria, aínda que percibida polo emisor como un trato agarimoso, ten un efecto negativo na saúde dos doentes anciáns.*
- *Cómpre levar a cabo procesos formativos neste eido ao persoal sanitario xa que experiencias previas amosaron un forte impacto positivo nas dinámicas comunicativas e no impacto sobre os doentes.*