

Recuperación funcional de la marcha en ancianos de una residencia y su consecuente mejora en calidad de vida

Functional ambulation recovery in elderly people's residences and the consequent improvement in their quality of life

R. Sierra Vinuesa. *Diplomada en Fisioterapia. Residencia de Ancianos La Purísima. Almería*

RESUMEN

Objetivo: el presente estudio tiene como objetivo determinar cómo la mejora en la marcha funcional de ancianos residentes en un centro geriátrico, tras la implementación de un protocolo de intervención fisioterapéutica, puede mejorar su calidad de vida.

Material y método: tomamos una muestra de diez residentes que presentan al inicio de nuestra investigación distintas situaciones de limitación física, como encamamiento o desplazarse en silla de ruedas. Realizamos el seguimiento de la muestra durante ocho meses.

Diseño: valoramos inicialmente el equilibrio y la marcha, la destreza en actividades de la vida diaria y el riesgo de aparición de úlceras. Implementamos un tratamiento fisioterapéutico protocolizado y personalizado, tras el cual registramos la progresión alcanzada en cada caso en aspectos como balance muscular y articular, estimulación neurológica y reeducación postural, de las reacciones de equilibrio, coordinación y caída. El objetivo terapéutico de nuestra intervención consiste en mejorar la marcha y con ello la capacidad funcional de los ancianos.

Resultados: nuestros resultados corroboran no sólo la mejora física, sino también social y psicológica de todos los residentes incluidos en este ensayo.

Discusión y conclusiones: con este estudio hemos demostrado la importancia de un planteamiento global, que va más allá de la recuperación exclusivamente física de la marcha funcional en pacientes de avanzada edad por cuanto posibilita una mejora en su calidad de vida. Consideramos por otra parte que el protocolo de intervención propuesto puede aplicarse en ancianos con patologías y situaciones muy diversas.

Palabras clave: mejora, marcha funcional, valoración, calidad de vida, tratamiento fisioterapéutico, reeducación.

ABSTRACT

Objective: the aim of this study is establish how the improvement in the functional ambulation of the elderly people in an old people's home after realize a physiotherapeutic treatment protocol, can generate an increase in their life quality.

Material and method: we study ten elderly peoples that have in the beginig of our investigation differents situations of physic limitations as stay for a long time in the bed or mov in a wheelchair. We observed the elderly peoples during eight months.

Design: we value the initially balance of the march and the equilibrium, the dexterity in activities of the daily life and the risk of appearance of ulcers. We implement a physiotherapeutic treatment protocolized and personalized, after the which we register the progression reached in each case in aspects like: muscle and articular balance, neurological stimulation and postural reeducation, of the equilibrium reactions, coordination and fall. The therapeutic objective of our intervention consists on improving the march and with it the functional capacity of the elderly people.

Results: our results not only corroborate the physical improvement, but also social and psychological of all the residents included in this rehearsal.

Discussion and conclusions: with this study we have demonstrated the importance of a global position that goes beyond the exclusively physical recovery of the functional march in patient of advanced age since it facilitates an improvement in their quality of life. We consider on the other hand that the proposed intervention protocol can be applied in elderly people with pathologies and very diverse situations.

Key words: improvement, functional ambulation, assessment, life quality, physiotherapeutic treatment, reeducation.

INTRODUCCIÓN

Actualmente se acepta de forma generalizada que la conservación de la marcha en individuos de cualquier edad, y especialmente en ancianos, proporciona numerosos beneficios sobre su estado de salud y su calidad de vida.

En algunas ocasiones, y debido a lesiones o trastornos agudos así como por lesiones crónicas, las personas mayores, por circunstancias como el miedo, el dolor, el riesgo de caídas o a consecuencia de enfermedades como un ACV (accidente cerebro-vascular) dejan de caminar. Algunos de estos sujetos podrían recuperar la marcha, pero en ocasio-

nes el desconocimiento de la familia o cuidador/es o el no dejarles intentarlo por temor a recaídas, lleva a que se empleen ayudas técnicas como las sillas de ruedas con demasiada frecuencia y en más ocasiones de las que se debiera.

Tras este exhaustivo estudio (aunque a su vez muy limitado por la escasa información con la que se parte de estas personas debido a que en muchas ocasiones llegan a las residencias sin historiales médicos, ni siquiera con informes de alta o valoraciones objetivas), se ha comprobado que actuando con rapidez o con constancia y motivación, se ha conseguido que algunos ancianos recuperen una marcha funcional suficiente como para

ofrecerle un situación social, sanitaria y personal, que le permite tener una mayor independencia, satisfacción personal y calidad de vida.

El presente estudio tiene como objetivo determinar cómo la mejora en la marcha funcional de ancianos residentes en un centro geriátrico, tras la implementación de un protocolo de intervención fisioterapéutica, puede aumentar su calidad de vida.

MATERIAL Y MÉTODOS

Temporalización

Nuestra investigación se ha desarrollado durante 8 meses.

Características de la muestra

Hemos llevado a cabo el presente estudio escogiendo una muestra compuesta por 10 ancianos. Las circunstancias que llevaron a estas personas a dejar de caminar han sido diversas como, por ejemplo, accidentes cerebrovasculares, fracturas de cadera, demencias seniles, trastornos circulatorios, etc. Todos los sujetos presentaban situaciones y características similares:

- Sedestación prolongada.
- Úlceras dolorosas, piel irritada, hemorroides...
- Anquilosis, pérdida de movilidad, masa muscular y esquema corporal.
- Estado de dependencia total.
- Depresión y/o apatía.

Algunos de ellos presentaban:

- Desequilibrios y compensaciones.
- Actitudes posturales viciadas.

— Lesiones a consecuencia de la sedestación prolongada: cervicalgias, flexo de rodillas y caderas ...

— Fallos y disminución de las funciones vitales más graves (respiratorias, cardíacas...).

Todo el tratamiento fue realizado por una sola persona sin ayuda de ningún auxiliar, lo cual hizo que en ciertos momentos la progresión no fuera tan rápida como se habría querido o que incluso se tuviera que agudizar el ingenio para practicar los ejercicios, teniendo en cuenta que en algunas ocasiones los residentes partían de una situación en que la colaboración por su parte podía ser muy escasa. Esto y la limitada información médica de partida de cada residente fueron las dificultades mayores en el desarrollo de este estudio.

De acuerdo con la finalidad, se marcaron los siguientes objetivos terapéuticos comunes para todos los residentes que componían la muestra:

— *Objetivo general:* obtener una marcha funcional para conseguir una mejora en la calidad de vida de los residentes y la posibilidad de independencia y autosuficiencia para algunas AVD (actividades de la vida diaria).

— *Objetivos específicos:*

- Evitar la sedestación prolongada.
- Evitar las consecuencias de la sedestación como es la aparición de úlceras en sacro, tuberosidades isquiáticas...
- Aumentar la movilidad y favorecerlos de sus efectos beneficiosos a nivel circulatorio, cutáneo, cardíaco, respiratorio, digestivo...
- Aumentar la independencia de la persona.
- Mejorar su estado anímico y sus relaciones sociales.

El diseño del presente estudio es de corte cualitativo, cuasiexperimental y longitudinal.

Cualitativo: puesto que su objetivo no puede siempre ser medido en términos objetivos (la satisfacción que la recuperación de la marcha produce en el anciano y sus consecuencias a efectos de estado de ánimo, es un ejemplo de ello).

Cuasiexperimental: puesto que la ausencia de informes médicos al inicio de este estudio con la que nos enfrentábamos en la mayor parte de los casos, impedía un tratamiento más ortodoxo desde el punto de vista científico. Se partía únicamente de una situación observable, la del anciano que no andaba, y, en algunos casos, se logró obtener un cambio visiblemente demostrable, puesto que el anciano recuperó su deambulación. Aquellos aspectos que pudieron ser medidos se realizaron mediante las tablas que se acompañan.

Longitudinal: el estudio se efectuó en un período de tiempo al final del cual se elaboraron una serie de conclusiones dados los resultados obtenidos.

En todos los casos se obtuvo el consentimiento, o bien directamente del paciente o de un familiar en caso de imposibilidad debido a un deterioro a nivel cognitivo.

Para llevar a cabo nuestra intervención fisioterapéutica hemos empleado los siguientes materiales:

- Espalderas.
- Pesos.
- Espejo.
- Andadores con y sin ruedas.
- Paralelas.
- Bastones canadienses.
- Camilla.
- Bastones tripodales.
- Barandilla.
- Banquetas.

— Pelotas de diferentes tamaños.

— Material casero para la estimulación de la propiocepción (cepillos, toallas...).

En primer lugar recopilamos toda la información disponible de cada uno y realizamos una valoración objetiva y común de todos los sujetos mediante tres escalas, que nos permiten valorar los aspectos estudiados, como son: las escalas de Tinetti, de Arnell y de Barthel. Repetimos esta valoración tras llevar a cabo nuestra intervención para determinar los resultados alcanzados (tablas 1, 2 y 3).

Por otro lado, los métodos fisioterapéuticos y la progresión general usada en el tratamiento fue la que se indica a continuación, siendo de máxima importancia una rigurosa constancia en el tiempo y conseguir un estado de motivación muy alto en los residentes:

1.) Recuperación de control de tronco en sedestación, activando las reacciones de enderezamiento.

2.) Recuperación de la amplitud articular tanto de miembros superiores como inferiores, mediante estiramientos analíticos y globales.

3.) Fortalecimiento de los miembros superiores. En el caso de hemiplejías, trabajo de facilitación neuromuscular propioceptiva (Kabat), y Bobath para la inhibición de patrones compensatorios. Igualmente para los miembros inferiores.

4.) Ejercicios de coordinación (bimanual, viso-manual...)

5.) Ejercicios de recordatorio o refuerzo del esquema corporal en sedestación, primero con refuerzo visual mediante un espejo, luego mediante órdenes verbales y por último él solo.

6.) En muchos casos, gran parte de los pacientes presentaban pies en equino. Facilitar el apoyo correcto del pie en el suelo me-

TABLA 1. Escala de Tinetti

1. Equilibrio

Instrucciones: el paciente está sentado en una silla dura sin apoyabrazos. Se realizan las siguientes maniobras:

1. Equilibrio sentado	0
— Se inclina o se desliza en la silla	1
— Se mantiene seguro	
2. Levantarse	0
— Imposible sin ayuda	1
— Capaz, pero usa los brazos para ayudarse	2
— Capaz sin usar los brazos	
3. Intentos para levantarse	0
— Incapaz sin ayuda	1
— Capaz, pero necesita más de un intento	2
— Capaz de levantarse con sólo un intento	
4. Equilibrio en bipedestación inmediata (los primeros 5 segundos)	0
— Inestable (se tambalea, mueve los pies), marcado balanceo del tronco	1
— Estable pero usa el andador, bastón o se agarra a otro objeto para mantenerse	2
— Estable sin andador, bastón u otros soportes	
5. Equilibrio en bipedestación	0
— Inestable	1
— Estable, pero con apoyo amplio (talones separados más de 10 cm)	2
— Estable con apoyo en un bastón u otro soporte	
6. Empujar (el paciente en bipedestación con el tronco erecto y los pies tan juntos como sea posible). El examinador empuja tres veces suavemente en el esternón del paciente con la palma de la mano.	0
— Empieza a caerse	1
— Se tambalea, se agarra, pero se mantiene	2
— Estable	
7. Ojos cerrados (en la posición de 6)	0
— Inestable	1
— Estable	
8. Vuelta de 360 grados	0
— Pasos discontinuos	1
— Continuos	0
— Inestable (se tambalea, se agarra)	1
— Estable	
9. Sentarse	0
— Inseguro, calcula mal la distancia, cae en la silla	1
— Usa los brazos o el movimiento es brusco	2
— Seguro, movimiento suave	

PUNTUACIÓN EQUILIBRIO: 16

Sigue →

2. Marcha

Instrucciones: el paciente permanece de pie con el examinador, camina por el pasillo o por la habitación (unos 8 metros) a «paso normal», luego regresa a «paso rápido pero seguro».

10. Iniciación de la marcha (inmediatamente después de decir que ande)	
— Algunas vacilaciones o múltiples intentos para empezar	0
— No vacila	1
11. Longitud y altura de paso	
a) Movimiento del pie derecho:	
— No sobrepasa al pie izquierdo con el paso	0
— Sobrepasa al pie izquierdo	1
b) Movimiento del pie izquierdo	
— No sobrepasa al pie derecho con el paso	0
— Sobrepasa al pie derecho	1
— El pie izquierdo no se separa completamente del suelo con el peso	0
— El pie izquierdo se separa completamente del suelo	1
12. Simetría del paso	
— La longitud de los pasos con los pies izquierdo y derecho no es igual	0
— La longitud parece igual	1
13. Fluidez del paso	
— Paradas entre los pasos	0
— Los pasos parecen continuos	1
14. Trayectoria (observar el trazado que realiza uno de los pies durante unos 3 metros)	
— Desviación grave de la trayectoria	0
— Leve/moderada desviación o usa ayudas para mantener la trayectoria	1
— Sin desviación o ayudas	2
15. Tronco	
— Balanceo marcado o usa ayudas	0
— No se balancea pero flexiona las rodillas o la espalda o separa los brazos al caminar	1
— No se balancea, no flexiona, ni precisa otras ayudas	2
16. Postura al caminar	
— Talones separados	0
— Talones casi juntos al caminar	1

PUNTUACIÓN MARCHA: 12

PUNTUACIÓN TOTAL: 28

TABLA 2. Escala de Arnell

Variable	0	1	2	3
Estado mental	Despierto y orientado	Desorientado	Letárgico	Comatoso
Incontinencia (se dobla la puntuación)	No	Ocasional nocturno o por estrés	Urinaria solamente	Urinaria e intestinal
Actividad (se dobla la puntuación)	Se levanta de la cama sin problemas	Camina con ayuda	Se sienta con ayuda	Postrado en la cama
Movilidad (se dobla la puntuación)	Completa	Limitación ligera (ej., paciente artrósico con articulaciones rígidas)	Limitación importante (parapléjico)	Inmóvil (tetrapléjico o comatoso)
Nutrición	Come de forma satisfactoria	Ocasionalmente rechaza comida o deja cantidades considerables (se le debe animar a ingerir líquidos)	No suele tomar ninguna comida completa. Deshidratado. Ingesta mínima de líquidos	No come
Aspecto de la piel	Buena	Área enrojecida	Pérdida de continuidad de la piel a nivel de úlcera grado I	Edema con fóvea. Discontinuidad de la piel ulcerada, grado II
Sensibilidad cutánea	Presente	Disminuida	Ausente en extremidades	Ausente

El riesgo de úlceras por presión aparece con puntuaciones superiores o iguales a 12.

TABLA 3. Escala de Barthel

-
1. *Comida:*
 2. Independiente. Capaz de comer por sí solo en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona.
 3. Necesita ayuda para cortar la carne, extender la mantequilla..., pero es capaz de comer sólo.
 4. Dependiente. Necesita ser alimentado por otra persona.
 5. *Lavado (baño):*
 6. Independiente. Capaz de lavarse entero, de entrar y salir del baño sin ayuda y de hacerlo sin que ninguna persona le supervise.
 7. Dependiente. Necesita algún tipo de ayuda o supervisión.
 8. *Vestido:*
 9. Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa sin ayuda.
 10. Necesita ayuda. Realiza sin ayuda más de la mitad de las tareas en un tiempo razonable.
 11. Dependiente. Necesita ayuda para vestirse.
 12. *Arreglo:*
 13. Independiente. Realiza todas las actividades personales sin ayuda alguna; los complementos necesarios pueden ser provistos por alguna persona.
 14. Dependiente. Necesita alguna ayuda.
 15. *Deposición:*
 16. Continente. No presenta episodios de incontinencia.
 17. Accidente ocasional. Menos de una vez por semana o necesita ayuda para colocar enemas o supositorios.
 18. Incontinente. Más de un episodio semanal. Incluye administración de enemas o supositorios por otra persona.
 19. *Micción:*
 20. Continente. No presenta episodios de incontinencia. Capaz de utilizar cualquier dispositivo por sí solo (botella, sonda, orinal...).
 21. Accidente ocasional. Presenta un máximo de un episodio en 24 horas o requiere ayuda para la manipulación de sondas u otros dispositivos.
 22. Incontinente. Más de un episodio en 24 horas. Incluye pacientes con sonda incapaz de manejarse.
 23. *Ir al retrete:*
 24. Independiente. Entra y sale solo y no necesita ayuda alguna por parte de otra persona.
 25. Necesita ayuda. Capaz de manejarse con una pequeña ayuda; es capaz de usar el cuarto de baño. Puede limpiarse solo.
 26. Dependiente. Incapaz de acceder a él o de utilizarlo sin ayuda mayor.
 27. *Traslado cama/sillón:*
 28. Independiente. No requiere ayuda para sentarse o levantarse de una silla ni para entrar o salir de la cama.
 29. Mínima ayuda. Incluye una supervisión o pequeña ayuda física.
 30. Gran ayuda. Precisa la ayuda de una persona fuerte o entrenada. Capaz de estar sentado sin ayuda.
 31. Dependiente. Necesita una grúa o el alzamiento por dos personas. Es incapaz de permanecer sentado.
-

32. *Deambulaci3n:*

- 33. Independiente. Puede andar 50 metros o su equivalente casi sin ayuda ni supervisi3n. Puede utilizar cualquier ayuda mecánica excepto un andador. Si utiliza una prótesis, puede ponérsela y quitársela solo.
- 34. Precisa ayuda. Necesita supervisi3n o una pequeña ayuda física por parte de otra persona o utiliza andador.
- 35. Independiente en silla de ruedas. No requiere ayuda ni supervisi3n.
- 36. Dependiente. Si utiliza silla de ruedas, precisa ser empujado por otra persona.

37. *Subir o bajar escaleras:*

- 38. Independiente. Capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisi3n de otra persona.
- 39. Necesita ayuda o supervisi3n.
- 40. Dependiente. Es incapaz de salvar escalones. Necesita ascensor.

dante ejercicios de Bobath para inhibir la musculatura espástica, mejorar la propiocepci3n y favorecer la correcta posici3n del pie antes de apoyarlo en el suelo.

7.) Correcta sedestaci3n mediante el empuje de los miembros inferiores y retropulsi3n con los glúteos, para evitar la actitud en cierre del cuerpo por acortamiento de la cadena anterior y las lesiones lumbosacras.

8.) Puesta en pie progresiva en las espalderas, enseńanza del reparto de cargas, fortalecimiento de la musculatura.

9.) Trabajo de desplazamiento lateral y anteroposterior de carga corporal sobre un miembro inferior y luego el otro, con especial atenci3n en caso de fractura de cadera o hemiplejías en el miembro afecto, mediante control de la extensi3n de rodilla y evitando la hiperextensi3n.

10.) Puesta en pie solo, primero con ayuda de las espalderas, luego en paralelas y por último en los reposabrazos de la silla.

11.) Eliminar el apoyo de un pie y luego del otro. Enseńanza de las transferencias de peso.

12.) Puesta en pie en paralelas, trabajo de apoyo del pie en las distintas fases de la marcha.

13.) Ańadir el movimiento de los brazos coordinado con los pies en las paralelas. Coordinaci3n y disociaci3n de las cinturas escapular y pélvica.

14.) Giros y marcha lateral.

15.) Reeducaci3n de las reacciones de equilibrio con desestabilizaciones y empujes en todos los ejes del movimiento en las paralelas.

16.) Reeducaci3n de las reacciones de caída.

17.) Comenzar marcha con un andador, vigilando las compensaciones y la correcta adaptaci3n de las ayudas a cada uno.

18.) Práctica de la marcha con andador, incidiendo en la postura erguida y reparto de carga por igual en ambos miembros inferiores (siempre que sea posible).

19.) Intentar sustituir el andador por una muleta o bast3n (si fuera posible).

20.) Eliminar cualquier ayuda técnica en cuanto sea posible, vigilando que no queden compensaciones o reacciones asociadas.

Realizamos nuestro tratamiento con una frecuencia de 5 sesiones semanales y con una duraci3n temporal de 30 minutos para cada sesi3n.

RESULTADOS

Los resultados obtenidos durante estos 8 meses de estudio se refieren a pacientes que iniciaron su tratamiento tanto al principio de este período como a lo largo del él, puesto que algunos se fueron incorporando al mismo en el momento de su ingreso en la residencia, por lo que en éstos su tratamiento fue más corto, pero en ningún caso menor de 5 meses.

Tras la valoración inicial, implementamos nuestro protocolo de intervención fisioterapéutica. Debemos comentar que el tratamiento continuó con los sujetos estudiados tras alcanzar los objetivos terapéuticos planteados, puesto que la obtención de la recuperación de la marcha no significaba la finalización de la recuperación de estos pacientes, dado que la evolución sanitaria de estas personas debido a su edad puede sufrir fluctuaciones. Los resultados obtenidos fueron los que se indican en la tabla 4.

Como puede observarse, todos los sujetos usaban inicialmente silla de ruedas o estaban encamados y en 9 de los 10 casos se consiguió reducir la necesidad de su uso, en 8 de ellos de manera total y sólo en uno de modo combinado con andador.

Así pues, podemos comprobar, mediante las escalas usadas, que no sólo se consiguió la mejora en el estado de su marcha funcional, sino también aquellas otras consecuencias que encontramos en el desarrollo de los objetivos marcados al inicio, que hicieron aumentar su mejora de calidad de vida, por su situación física, anímica y de interacción social (tabla 5).

DISCUSIÓN

En todos los casos sometidos a estudio hemos comprobado que se ha producido tras

implementar nuestra intervención fisioterapéutica, una mejora en la calidad de vida en todas las áreas investigadas de manera proporcional, salvo en el caso de la residente número 5 que continuaba con enrojecimiento cutáneo en las zonas de mayor apoyo en sedestación debido a que sus problemas cardíacos le impedían realizar actividad y esfuerzos.

Asimismo, creemos que nuestros resultados permiten afirmar que la falta de movilidad, más concretamente la ausencia de una marcha funcional, provoca que disminuya el bienestar de la persona tanto física como social y psicológicamente.

Nuestro resultado también nos permite defender la idea de que en los casos de demencias seniles, y especialmente como sucede entre algunos de los sujetos que hemos estudiado, de demencias avanzadas, la recuperación es menor, puesto que dicha afección, debido a que imposibilita la colaboración del anciano, limita notablemente la recuperación funcional alcanzada.

Por otro lado, en aquellas personas en las que la inmovilidad es ocasionada por lesiones de origen traumático o debido a una intervención quirúrgica, hemos comprobado que alcanzamos con mayor celeridad una mejora en su situación, mucho más notable y favorable en todos los aspectos, como se desprende de los resultados numéricos indicados en la tabla de comparación de escalas.

Sin embargo, las lesiones cerebrovasculares, y sobre todo aquellas que son más remotas, tuvieron una recuperación física menor. A pesar de esto, debemos comentar que esta limitada mejora permite disminuir notablemente el riesgo de aparición de úlceras por presión y además proporciona una cierta independencia en las AVD.

Tras una breve entrevista con los residentes sometidos a estudio (a excepción del hombre

TABLA 4. Resultados del estudio

<i>Residente</i>	<i>Edad</i>	<i>Lesión</i>	<i>Tiempo desde la lesión/ enfermedad</i>	<i>Ayuda técnica inicial</i>	<i>Ayuda técnica actual</i>
Hombre 1	65	ACV	10 meses	Silla de ruedas	1 Muleta
Hombre 2	66	Alzheimer estadio II muy avanzado	9 años	Silla de ruedas	Marcha con ayuda de cuidador
Hombre 3	80	Embolia cerebral	10 años	Silla de ruedas	1 Barandilla
Hombre 4	79	ACV isquémico	6 meses	Silla de ruedas	1 Bastón tripodal
Mujer 1	86	Ciega/ fractura de cadera izquierda	5 meses	Encamada	Andador con ruedas
Mujer 2	85	Alzheimer estadio II/ Fisura rama isquiática	4 meses	Encamada	Marcha con ayuda de cuidador
Mujer 3	80	Insuficiencia venosa y linfedema de MMII	18 meses	Silla de ruedas	Andador sin ruedas
Mujer 4	78	Fractura cadera, muñeca y hemorragia subaracnoidea	19 meses	Silla de ruedas	Silla de ruedas
Mujer 5	87	Bloqueo AV/ Obesidad moderada	3 meses	Silla de ruedas	Silla de ruedas- Andador con ruedas
Mujer 6	81	Neo recto superior, fractura de cadera y lumbago	3 meses	Silla de ruedas	Andador sin ruedas

2 y la mujer 2, que por su avanzado estado de Alzheimer no podían ser entrevistados), la mayoría reconocían haber conseguido una notable mejoría física y psíquica y mayor independencia y calidad de vida.

Consideramos de gran importancia que nuestros ancianos mantengan un cierto gra-

do de actividad física y mental, para lo cual, en caso de ayuda, se puede recurrir a los centros de día o, en caso de mayor necesidad, a una residencia de ancianos. Por lo tanto postulamos que las ideas defendidas por De Miguel en el capítulo titulado «Metodología de acción socioeducativa con perso-

TABLA 5. Comparación de resultados de las escalas

	<i>Tinetti: equilibrio</i>	<i>Tinetti: marcha</i>	<i>Arnell</i>	<i>Barthel</i>
	<i>Antes/Después</i>	<i>Antes/Después</i>	<i>Antes/Después</i>	<i>Antes/Después</i>
Hombre 1	1-16 / 7-16	0-12 / 6-12	9-21 / 2-21	10-90 / 50-90
Hombre 2	1-16 / 6-16	2-12 / 6-12	9-21 / 5-21	10-90 / 25-90
Hombre 3	0-16 / 1-16	0-12 / 3-12	12-21 / 7-21	0-90 / 10-90
Hombre 4	2-16 / 8-16	0-12 / 5-12	11-21 / 5-21	0-90 / 45-90
Mujer 1	0-16 / 11-16	0-12 / 7-12	10-21 / 4-21	20-90 / 75-90
Mujer 2	1-16 / 2-16	0-12 / 2-12	10-21 / 6-21	0-90 / 15-90
Mujer 3	4-16 / 12-16	0-12 / 9-12	6-21 / 3-21	30-90 / 75-90
Mujer 4	0-16 / 1-16	0-12 / 3-12	13-21 / 8-21	5-90 / 15-90
Mujer 5	1-16 / 6-16	0-12 / 4-12	12-21 / 8-21	10-90 / 20-90
Mujer 6	0-16 / 7-16	0-12 / 8-12	12-21 / 4-21	5-90 / 50-90

nas mayores» del libro *¿Cómo intervenir en personas mayores?*, en el que dicha autora comenta que: «Tanto si se encuentran en residencias de mayores como solos en su domicilio, se acentúa la falta de motivación, no participación en la vida social del entorno y un paulatino y progresivo aislamiento, que no permite que afloren en ellos valores como la participación y la comunicación.» [1], son erróneas.

Los autores del presente artículo creemos que las residencias geriátricas pueden constituir un lugar de paso en el que nuestros ancianos pueden recibir una atención integral cuando así lo requiera la situación, donde se cuida y se hace un seguimiento de su integración social y se les ofrecen actividades por parte de múltiples profesionales, los fisioterapeutas y los terapeutas ocupacionales, que tengan por objetivo mantener sus habilidades y frenar el proceso degenerativo fisiológico y/o patológico que puedan presentar.

Nuestros resultados demuestran que en un 90 % de los casos estudiados mejoró la salud de las individuos incluidos en la presente

investigación. Por otra parte, el 50 % de los sujetos consiguió desarrollar una marcha funcional e independiente, sin necesidad de ser ayudados por otra persona y empleando alguna ayuda técnica. El 30 % de los ancianos participantes consiguió deambular con algo de ayuda por parte de un cuidador, y tan sólo el 20 % presentó unos resultados más discretos en cuanto a alcanzar una marcha funcional.

Creemos que se debe recurrir a un profesional para la recuperación, lo más pronto posible, de nuestros mayores, de modo que no demos lugar a empeorar su estado de salud ya que consideramos erróneo e inadecuado sobreprotegerlos en exceso, puesto que con ello limitaremos su capacidad funcional con la consecuente disminución de su calidad de vida.

Los objetivos marcados al inicio de nuestro estudio han sido cumplidos. Debemos comentar que ninguna persona empeoró desde que inició el tratamiento, tal y como demuestran los datos emanados de la comparación de los valores alcanzados por los su-

jetos al aplicarles las escalas de valoración antes y después de nuestra intervención.

CONCLUSIONES

A partir de los resultados que se han obtenido en nuestro estudio se puede derivar la siguiente conclusión:

La mejora en la marcha funcional de ancianos residentes en un centro geriátrico, tras la implementación de un protocolo de intervención fisioterapéutica, genera un aumento en su calidad de vida.

BIBLIOGRAFÍA

1. De Miguel S. Metodología de acción socioeducativa con personas mayores. En Pérez G (ed). *¿Cómo intervenir en personas mayores?* Ed. Dykinson. Madrid, 2004.
2. Sarrate ML. Atención a las personas mayores. Intervención práctica. Ed. Universitas. Madrid, 2006.
3. Paeth B. Experiencias con el concepto Bobath. Ed. Médica Panamericana. Madrid, 2000.
4. Hoppenfeld S. Neurología ortopédica. Ed. El Manual Moderno. México DF, 1981.
5. Garzas EM. Accidentes cerebrovasculares: Qué, Cómo y Por qué. Ed. Formación Alcalá. Jaén, 2003.
6. Xhardez Y. Vademécum de quinesioterapia y de recuperación funcional, 4ª ed. Ed. El Ateneo. Buenos Aires, 2002.
7. Bobath B. Hemiplejía del adulto. Evaluación y tratamiento, 3.ª ed. Ed. Médica Panamericana. Buenos Aires, 1993.
8. www.medicinainformación.com. Test y escalas de valoración.

Correspondencia: rociofisioterapia@hotmail.com