

# *Experiencia en intervencion de Fisioterapia en residencias asistidas para la tercera edad*

M. del M. Martinez Lentisco. *Fisioterapeuta. Almeria.*

## **RESUMEN**

Con el siguiente trabajo se pretende profundizar en el campo de intervencion de la fisioterapia en geriatría mostrando para ello la importancia de un tratamiento donde no solo se preste atención al aspecto físico de la salud, sino también al deterioro cognitivo que presentan las personas de edad avanzada, así como la vertiente social que se ve afectada tras el ingreso en un centro o residencia. Se propone un tratamiento que incluye ejercicio físico, estimulación cognitiva y relación social y con el medio al que se pertenece, y se demuestra que se puede obtener beneficio en todos los ámbitos de la salud, potenciando con ello la necesidad de una intervención holística por parte de la figura del fisioterapeuta.

*Palabras clave:* Fisioterapia, geriatría, demencia.

## **ABSTRACT**

With the following work, one tries to increase the field of intervention of the physical therapy in geriatrics showing for it the importance of a treatment where not only there lends attention to the physical aspect of the health, but also to the cognitive deterioration that there present the persons of advanced age, as well as the social slope that meets affected after the revenue in a center or residence. One proposes a treatment that includes physical exercise, cognitive stimulation and social relation and with the way to which one belongs (concerns), and there is demonstrated that it is possible to obtain benefit in all the areas of the health, promoting with it the need of an complet intervention on the part of the figure of the physical therapy.

*Key words:* Physical Therapy, geriatrics, dementia.

## JUSTIFICACIÓN

En los últimos años, el aumento de la esperanza de vida(1), ha supuesto un incremento en la demanda de centros especializados para el cuidado y tratamiento de los ancianos. En estos centros la presencia de un fisioterapeuta, está demostrándose fundamental así como muy beneficiosa en cuanto a los resultados obtenidos.

La concepción del tratamiento a realizar no está estructurada y no sigue unos cánones preestablecidos puesto que, al tratarse de estos pacientes, la múltiple presencia de patologías induce a la variedad de tratamientos a realizar, así como a la adaptación a cada paciente en todas sus vertientes.

## INTRODUCCIÓN

El tratamiento que se propone es una adecuación, no sólo a las necesidades del paciente, sino a cada una de las deficiencias que muestra. En consecuencia se propone un modelo de intervención en el que tratemos al paciente tanto en el aspecto físico, psíquico como social mediante actividades grupales en las que irán mezclados tanto ejercicios físicos como cognitivos: memoria, recuerdo, reconocimiento...

Debido al aumento de casos de demencia senil en los últimos años es necesario prestar atención importante a los pacientes que sufren esta patología desde sus primeros indicios. Realizando una intervención temprana y continuada desde las primeras fases de la enfermedad. Estas fases son (2):

1. *Leve*. Pérdida ocasional de memoria.
2. *Moderada*. Pérdida de memoria más severa, incapacidad para reconocer familiares u objetos.

3. *Severa*. Pérdida de movilidad, desorientación, incapacidad para realizar actividades autónomas.

Es necesario conocer los cambios fisiológicos que se producen propios de la vejez (3), puesto que el terapeuta tendrá que intervenir en cada uno de ellos.

A continuación se exponen los principales órganos y sistemas que se verán afectados por el envejecimiento y que habrá que tener en cuenta para realizar un tratamiento completo del anciano:

- Sistema Cardiovascular:
  - Especial importancia a la reabsorción de edemas.
  - Mejora de la circulación periférica.
- Sistema Gastrointestinal:
  - Intervención en el estreñimiento a través de masaje abdominal, bipedestación y paseos.
- Sentidos:
  - Prevención de hipoacusia y pérdida de visión.
  - Atención a las señales de alarma de déficit de estos órganos.
- Sistema Musculoesquelético:
  - Mejorar la movilidad, mejorar la flexibilidad.
  - Mantener la deambulacion.
  - Evitar las rigideces.
- Piel:
  - Evitar las escaras.

- Prevenir la deshidratación.
- Mejorar la circulación.
- Evitar la inmovilidad prolongada en la misma posición, uso de roscos y colchones.

El papel del fisioterapeuta debe estar perfectamente integrado en cada uno de los tratamientos, no solo en un trabajo físico sino en todo lo expuesto anteriormente.

## OBJETIVOS

- Mejorar la calidad de vida del paciente
- Evitar el rápido desarrollo de su enfermedad
- Evitar la cronicación y reagudización de las patologías que presente.
- Mejorar las capacidades físicas del anciano que le permitan realizar las actividades básicas de la vida diaria.
- Disminuir la velocidad de deterioro cognitivo que pueda sufrir y la pérdida de las funciones mentales superiores, mediante la aplicación de un tratamiento en el que se haga hincapié en la estimulación de los déficits cognitivos que presenta.
- Contribuir a la integración en el nuevo lugar de residencia
- Evitar el aislamiento del entorno inmediato (compañeros, cuidadores...), anterior (familiares, amigos...) y social en general.
- Disminuir los niveles de ansiedad que puedan presentar y mejorar su estado depresivo.

## MATERIAL Y MÉTODO

En los centros asistenciales encontraremos ancianos con grados de dependencia muy variados. Para facilitar el trabajo, vamos a di-

vidirlos en varios grupos de actuación en función de su deterioro cognitivo, y de la presencia de posibles factores de riesgo y/o pluripatologías.

Consideraremos la importancia de una intervención holística (4) para lo que será necesario considerar:

Vida anterior del paciente, ocupaciones, aficiones.

Estado de ánimo, problemas de comportamiento, depresión y ansiedad que en gran número de ocasiones afecta a estos pacientes (4).

Por tanto, debemos tener en cuenta:

— El grado evolutivo de la enfermedad, es decir, el deterioro cognitivo que se valorará por diagnóstico médico así como por la obtención de resultados en el test de LOBO, basado en la fijación, orientación, concentración y cálculo, memoria, lenguaje y construcción.

— El grado de dependencia vendrá determinado por el índice de *Barthel*, *Katzy* la Escala de la Cruz Roja.

— El grado de depresión mediante la Escala de Depresión de *Hamilton* y la Escala de Depresión Geriátrica.

El Método de Intervención irá enfocado a una mejora general de la calidad de vida. Por ello, no debemos olvidar un aspecto importante como el aislamiento social producido por la pérdida de las ocupaciones anteriores, relación con los demás o el interés por lo que ocurre en el mundo, esto lo valoraremos en función de los comentarios de los familiares y trabajadores del centro, que nos informaran sobre sus relaciones con ellos y lo que observen en cuanto a relaciones entre los pacientes y el medio.

Es recomendable una intervención en grupo puesto que supone los siguientes beneficios:

- Relaciones sociales entre los miembros.
- Necesidad de colaboración y trabajo en equipo.
- Posibilidad de tratamiento de varias personas a la vez.

Se realiza el tratamiento con un grupo de 40 pacientes con edades comprendidas entre los 65 y 83 años, todos ellos con pluriopatologías. La intervención se realizará abordando tanto aspectos físicos como cognitivos a través de actividades basadas en la movilidad, recuerdo, memoria, orientación temporospacial.

Previamente a la intervención se realiza la evaluación mediante los índices anteriores presentando, todos ellos, dependencia para una parte de actividades como vestirse o bañarse, considerándose entre el grado dos y tres de la escala de la Cruz Roja, y con una puntuación de entre 50 y 70 en el Índice de *Barthel*.

En cuanto al grado de depresión, una parte importante del grupo (35%) presentan, respecto a la escala geriátrica, grado de leve a moderado.

En cuanto al estado cognitivo, la mayoría están en las primeras fases de la demencia (2).

Todos los miembros del grupo, muestran, según los comentarios registrados, desinterés por lo que ocurre alrededor e incluso por sus familiares y por ellos mismos (su cuidado, imagen).

Necesitaremos para la realización de las sesiones:

- Un reproductor de audio.
- Diferentes objetos de varios tamaños y

formas, bolígrafo, vaso, cuchara, frutas, balón.

- Un saco.
- Sillas para todos los participantes.

Se realiza la intervención en una sala amplia, con espacio suficiente para los desplazamientos, con una buena luminosidad y sin barreras arquitectónicas, excepto las que por motivos del desarrollo de la sesión se tengan que ir introduciendo. Las sesiones no sobrepasan los 45 minutos para no fatigar a los pacientes, se realizan a diario y siempre a la misma hora.

En la primera fase de la demencia el principal síntoma es la pérdida de la capacidad de recuerdo a corto plazo (2), por tanto, una de nuestras funciones será la de inducir a recordar pequeños relatos, poemas, frases cortas...

Otros ejercicios que se proponen (5).

- Visualizar situaciones, decir que te las vas encontrando.

- Reconocer sonidos, relacionarlos con temas concretos. (reproductor de audio).

- Reconocer objetos, situarlos temporospacialmente.

- Reconocimiento mediante el tacto.

- Recuerdo de canciones y de historias pasadas.

- Recuerdo de cosas cercanas.

- Actividades matemáticas.

- Reconocimiento de la fecha, día, época del año.

- Actividades relacionadas con su vida pasada.

- Actividades de la vida diaria, ordenar el armario, coser, jugar a las cartas.

- Palabras que empiecen por una letra, tipos de frutas, verduras, transportes.

- Lectura de alguna noticia relevante del periódico.

Todas las actividades se realizaran por parte del anciano, incluyendo movimientos, desplazamientos y de forma ludica.

## **DESARROLLO MEDIANTE EJEMPLOS**

### ***Reconocimiento mediante el tacto***

Se pondra un saco negro en el centre de la sala con objetos dentro de facil reconocimiento, se invitara a los participantes a levantarse, ir hacia el saco y previo reconocimiento, mostrar el objeto.

Siempre se repetira la orden siguiendo el mismo patron para ir relacionando situaciones, verbalizaciones y actos.

### ***Recuerdo y clasificacion***

Primera se les indica que recuerden y digan en voz alta frutas, cuando se ha terminado se les invita a ir cogiendo frutas que se habran puesto sobre la sala y a traerlas al centra del circulo.

Se estara trabajando, locomocidn, recuerdo, manipulacion de objetos.

### ***Orientation, relation y clasificacion de objetos***

Se propondra coger objetos dispuestos en la sala, para lo que la orden será relacionar el objeto con su forma: coge un objeto que tenga forma cuadrada, redonda, parecida a un televisor, parecida a un cenicero...

Seguidamente, lo colocaremos en diferentes espacios: delante, detras, a la derecha, a la izquierda, del compañero que está colocado a tantos puestos a tu derecha o izquierda...

### ***Deambulacion y propiocepcion***

Uno de los sindromes principales en el anciano, son las caídas, hay que prestar atencion en suplir los factores de riesgo que implican el aumento de caídas en el anciano, se propone pasear por diferentes estructuras, suelo, colchonetas, con obstaculos de diversos tamahos, cambiando el sentido, subir rampas, bajarlas...

Se hara despacio, siempre supervisado, se exagerarán los diferentes movimientos de la fase de la marcha, así como durante el recorrido se propondran movimientos concretos de miembros inferiores para aumentar la percepcion del miembro en el espacio: dar una patada a un balon, pisar algo, empujar un obstaculo con el talon, con la punta...

### ***Recuerdo a corto plazo***

Se invitara al anciano a recordar qué ha comido, qué noticia ha visto en la television, o ha leído en el periodico, la fecha y la época del año, y los cambios que se han producido en su comunidad, en la provincia, o en el mundo.

Para beneficiar a la orientacion (6) y a su relacion social se leeran diariamente articulos del periodico así como programas televisivos que informen sobre sociedad.

El trabajo será diario, las actividades a realizar, perfectamente organizadas, y siguiendo siempre el mismo orden (7), se completarán con actividades cotidianas (levantarse, asearse, comidas del día...) y ejercicios globales y analíticos, si puede ser al aire libre.

## **RESULTADOS**

Tras la realizacion durante varies meses de esta intervencion terapeutica hemos observado los siguientes resultados:

— Los pacientes son mucho más participativos. Aumentan la motivación para la realización de actividades y el interés por participar y por las cosas que ocurren a su alrededor ya que sale de ellos mismos el querer participar en las sesiones y expresan su contento por hacerlo.

— Disminuyen sus niveles de ansiedad. El grado de depresión es menor. De leve a normal según la escala de depresión geriátrica. Disminuyen en su mayoría las expresiones de dolor, o los llantos repentinos.

— Mejoran la labilidad emocional, lo cual resaltan los familiares, destacando la estabilidad en el trato. Tienen menos cambios de humor siendo el propio personal el que indica que los ancianos se muestran más estables a lo largo del día.

— Disminuyen su aislamiento, puesto que los trabajadores informan de que se relacionan más con sus compañeros y con los propios trabajadores, compartiendo, por ejemplo juegos de mesa o actividades manuales.

— Recuperan movimientos autónomos. El grado de dependencia es menor. Un grado menor en escala de la Cruz Roja. Suben al menos cinco puntos en el índice de *Barthel*.

## REFLEXIONES FINALES

En definitiva, una intervención que trabaje tanto los aspectos físicos como los sensoriales y sociales disminuye principalmente el grado de aislamiento, puesto que los ancianos se relacionan de manera más activa con el entorno que les rodea y se muestran más involucrados con su vida pasada y actual, mejora sus capacidades físicas consiguiendo así mayor independencia para la realización de algunas actividades cotidianas lo cual ayudara a evitar inmovilidades prolongadas (ingresos hospitalarios) y patologías relacio-

nadas con las mismas y, en consecuencia, evita la agudización de sus patologías, muestra también un importante beneficio sobre el estado anímico y la ansiedad suponiendo esto una suprema mejora de su calidad de vida y un paso adelante en la relación con el entorno.

Se conseguirá un mayor beneficio global si consideramos un tratamiento que vaya enfocado y dirigido a actuar contra cada uno de los déficits que presenta el anciano, realizando hincapié no solo en el beneficio propiamente físico sino en su entorno social así como en el aspecto psíquico puesto que también se presentan afectados.

Por ello, creo necesaria la entrega y adaptación, por parte del fisioterapeuta, atendiendo a las diferencias individuales de cada paciente, así como la capacidad para presentar la terapia desde una perspectiva lúdica y considerando todas las deficiencias que produce la enfermedad del paciente e incluyéndolas en el tratamiento.

## AGRADECIMIENTOS

A Rocio Miranda, por su colaboración en la búsqueda bibliográfica y por su orientación y apoyo en el desarrollo del artículo. A Ramon Espinoza, por su aportación tanto en la forma como en el contenido.

Sin ellos, no habría sido posible, gracias.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Christine K; Cassel MD: Envejecer con éxito. *Modern Geriatrics*, 6 (13): 206 - 211. 2001.
2. Salgado A, Guillen F: *Manual de Geriatria*. Barcelona: ediciones científicas y técnicas, S.A; 1994.

3. Marcos Becerro J. F; Frontera W; Santonja Gomez R: La Salud y la Actividad Física en las personas mayores. Madrid: Editor Rafael Santonja; 1995.
4. Schindler RJ, Cucio CP: Manejo practice de la demencia. Modern Geriatrics , 4 (13); 133-139. 2001.
5. Ibanez V: Tratamiento no farmacologico de las demencias. Metas de Enfermeria, 54 (6): 7-12. 2003.
6. Ferreres C; Remolar M. L; Peris S; Ortuno M.A: La demencia senil: un reto terapeutico. Gerokomos , 22 (8):168-175. 1997.
7. Buttler RN, Davis R , Lewis CB, Nelson ME, Strauss E: Estar en forma: ventajas del ejercicio en el mayor. Modern Geriatrics, 3 (11): 75-79. 1999.
8. Messinger-Rapport BJ, Thacker HL: Guia practica para la valoracido n física y cognitiva de la mujer mayor. Modern Geriatrics. 2 (14): 44-48. 2002.
9. Davis KL: Enfermedad de Alzheimer: nuevos caminos para conservar la funcion cerebral. Modern Geriatrics. 6 (11): 174-178. 1999.