

Las unidades de estancia diurna y la Fisioterapia: una intervention comunitaria

M. L. Benitez Lugo. *Profesora Asociada del Departamento de Fisioterapia. Universidad de Sevilla.*

Fisioterapeuta de la Unidad de Estancia Diurna «Asisttel» de Tomarcs (Sevilla).

C. Pena Algaba. *Profesora Asociada del Departamento de Fisioterapia. Universidad de Sevilla.*

M. Fernandez Rabadan. *Fisioterapeuta. Hospital FREMAP. Club de balonccto*

Caja San Fernando. Sevilla.

F. Rivas Llorens. *Fisioterapeuta de la Unidad de Estancia Diurna «Avanza» de Sevilla.*

RESUMEN

Nuestro trabajo trata de explicar cómo es el funcionamiento de una unidad de estancia diurna (UED) y cuál es el papel y las funciones del fisioterapeuta en este tipo de recurso. A su vez, hemos llegado a determinar cuál es el perfil de los usuarios que constituyen este tipo de recurso comunitario, para saber las necesidades de Fisioterapia que requieran, así como el perfil de sus respectivas familias, para aportar una acción fisioterapéutica integral.

Palabras clave: unidad de estancia diurna, comunitario, fisioterapeuta, interdisciplinar, gerontología.

ABSTRACT

Ours work try explain so is function of a diurnal stay unit (DSU) and which is physiotherapists's paper and functions in this type of resource. Also, we have found out which is user's profile that constitute this type of communitarian resource, for know physiotherapic's needs that they will need, so which theirs family respectives's profile, for bring a integral physiotherapy action.

Key Words: diurnal stay unit, communitarian, physiotherapist, interdisciplinary, gerontology.

JUSTIFICACIÓN

En principio, nuestra idea es dar a conocer qué es una unidad de estancia diurna, cuál es el papel que desempeña el fisioterapeuta en estas unidades y llegar a la determinación

de que, desde nuestro punto de vista, es el mejor recurso gerontológico para las personas mayores y sus familias, en el sentido de que soluciona las necesidades parciales de la comunidad gerontológica, disminuye la culpabilidad de las familias y el sentimiento de

abandono de los ancianos; es un recurso que permite la estimulación del anciano en todas las áreas y permite trabajar al equipo desde el punto de vista interdisciplinar.

MATERIAL Y MÉTODO

Para poder llegar a la hipótesis que nos planteamos, hemos utilizado como soporte documental básico, todos los Boletines Oficiales de la Junta de Andalucía que hacen mención a este tipo de recurso de la comunidad anciana.

A su vez, nos hemos valido de las bases de datos, de las historias clínicas y de la filosofía de trabajo que se sigue en dos unidades de estancia diurna de la provincia de Sevilla.

Se trata de un estudio descriptivo en el que expondremos, por procedimientos estadísticos, el perfil de usuario que constituye las UED y demostraremos el tipo de trabajo que se ejecuta en ellas para demostrar la interdisciplinariedad que existe en el equipo y la atención holística que reciben los ancianos y sus familias.

MARCO TEÓRICO

Intervención del fisioterapeuta en las UED

Comienza desde las reuniones de preincorporación, donde tiene una función doble: con el usuario (recibiendo información previa por parte de enfermería y medicina) y con la familia (recibiendo información previa por parte de trabajo social y psicología)

En nuestra entrevista con la familia, utilizamos como soporte documental: historia de fi-

sioterapia, ficha de fisioterapia, índice de Barthel (medida de capacidad individual para realizar las actividades de la vida diaria. Cien puntos obtienen las personas que pueden efectuar todas las actividades sin ningún tipo de problemas y un valor menor de 75 ya nos indica incapacidad moderada. Los ítems se evalúan en rangos de 0-5-10-15 en función de la baremación prediseñada), Escala de Lawton (estudiamos las capacidades instrumentales), escala de Blessed (es una escala específica para la enfermedad de Alzheimer. Consta de tres apartados bien diferenciados; uno que hace referencia a los síntomas más importantes que se dan en la patología, otro que hace referencia a las incapacidades que se presentan en las AVD y en último lugar evalúa los trastornos conductuales que produce la evolución de la enfermedad) y el SIS- 16 (es una escala específica para evaluar las AVD en los pacientes que tiene por diagnóstico una hemiplejía). Intentamos documentarnos de las patologías de los usuarios y de su funcionalidad para tener una idea preliminar de cuál será nuestro procedimiento de intervención.

Una vez que hablamos con el familiar, nuestra segunda intervención consiste en ejecutar una valoración exhaustiva del usuario, completando toda la documentación utilizada con la familia y añadiendo como soporte documental: ficha de valoración, escalas de Tinetti (valora el equilibrio y la coordinación), pruebas de sensibilidad y pruebas de funcionalidad. En este momento decidimos cuáles serán los procedimientos de intervención más adecuados con el usuario.

¿Cómo pueden ser nuestras intervenciones?

— Individualizadas: en las que aplicaremos todos los recursos físicos y manuales de los

que disponemos para solventar los problemas que presenta el usuario y que limitan su reserva funcional.

— **Trabajos en grupo:** Desarrollamos actividades enfocadas a mejorar y mantener capacidades que se encuentran afectadas por el proceso del envejecimiento, haciendo hincapié en las necesidades de estimular el área social de los ancianos.

Así a modo general podemos mencionar los talleres que desde el área de fisioterapia se imparten:

- Taller de coordinación y respiración: Trabajando estas capacidades además de la orientación y la movilidad (figura 1).
- Taller de gran deterioro: Dirigido a las personas que presentan demencia. Utilizamos la psicomotricidad y la musicoterapia para mantener la capacidad física y a su vez potenciamos y estimulamos la memoria a corto plazo, la rememoración, la orientación... (figura 2).
- Taller de propiocepción: Sabemos que el propio envejecimiento deteriora los diferentes tipos de propioceptores. Nuestro objetivo es mantenerlos en las mejores

condiciones para que los movimientos voluntarios y la fuerza muscular se ejecuten de la mejor forma posible (figura 3).

- Taller de praxias: Trabajamos los movimientos finos de la mano, así como todas las formas gestuales, manteniendo a lo largo del tiempo la capacidad de expresión no verbal y trabajando la socialización (figura 4).
- Taller de incontinencia: En el trabajo de campo hemos apreciado las limitaciones tan importantes que se producen a consecuencia de la pérdida involuntaria de orina. En este taller trabajamos la musculatura perineal y aquella otra que también influye en la micción y a su vez también facilitamos el cumplimiento del calendario miccional.
- **Charlas de Educación para la salud:** Se dirigen a los usuarios (como prevenir la osteoporosis, la artrosis..., necesidad de la realización de una actividad física adaptada para mejorar nuestro organismo, importancia de la respiración y ejercicios respiratorios, prevención de caídas), a los profesionales (ergonomía y prevención de problemas osteo-musculares en el mane-



Fig. 1.



Fig. 2.

jo de los pacientes) y a los familiares (participando en los grupos de ayuda mutua y enseñándoles correctamente las transferencias de los pacientes así como mostrándoles que la realización de un taller de movilidad les pueden beneficiar en la disminución de sus problemas de ansiedad) (figuras 5 y 7).

- Otras actividades: Propiciadas por otras áreas de intervención. Partimos de la base de que en las UED, al usuario se le aporta una intervención integral, que corre a cuen-

ta de todo el equipo interdisciplinar. Del resto de áreas parten actividades como: musicoterapia, estimulación cognitiva, taller de memoria, gimnasia mental, talleres de manualidades, taller de escritura, taller de lectura, aseo personal, etc. (figura 6).

DISCUSIÓN Y RESULTADOS

Con toda la información obtenida, llegamos a la determinación de que la UED es un



FIG. 3.



FIG. 4.



Fig. 5.



Fig. 6.



Fig. 7.

recurso gerontológico que proporciona al anciano una intervención integral con una duración máxima de 40 horas a la semana.

Para saber el perfil de usuario que constituyen estas UED centramos nuestro estudio en una muestra de 277 usuarios, obteniendo los siguientes datos:

- En relación con el sexo, es importante destacar la afluencia de mujeres a la unidad, todo ello argumenta la idea preconcebida que se tiene de que la esperanza de vida en este sexo es más elevada. Obtenemos estadísticamente que, en la muestra estudiada, el 70% son mujeres y el 30% son hombres (figura 8).
- En lo que respecta a los rangos de edades, encontramos a 10 usuarios menores de 65 años, lo que representa el 3,61% del total de la muestra, 77 usuarios entre 65-75 años, lo que representa el 27,79% de la muestra, 142 usuarios entre 75-85 años (51,26% del total) y 48 usuarios mayores de 85 años (17,32%) (figura 9-a y 9-b).
- La tercera variable de estudio para determinar el perfil del usuario hace referencia a las patologías. Partimos de la base de que los ancianos presentan pluripatologías; por ello, es lógico pensar que nos en-

contraremos un mismo usuario registrado en diferentes enfermedades. De la muestra total de 277 casos, encontramos 152 de ellos con problemas neurológicos, 21 con problemas psicológicos, 85 con problemas metabólicos, 75 con problemas de incontinencia urinaria, 117 con problemas reumáticos-traumatológicos, 61 con problemas circulatorios y 15 con problemas respiratorios (figura 10).

- Desglosando más los datos aportados anteriormente, cabe comentar que entre las patologías neurológicas destacan accidentes vasculares cerebrales, enfermedad de Alzheimer, Parkinson, ataxias, esclerosis múltiple, parálisis facial, túnel carpiano, epilepsia, encefalopatías y esclerosis lateral amiotrófica, entre las patologías psicológicas depresión, psicosis y esquizofrenia, entre las patologías metabólicas diabetes y dislipemias, entre las patologías reumáticas fibromialgia, osteoporosis, espondilitis anquilosante, gonartrosis, secuelas de fracturas, poliartritis y amputación, entre las causas circulatorias flebitis, linfedemas, hipertensión arterial e insuficiencia circulatoria y entre las causas respiratorias enfisemas, bronquitis, hipertensión pulmonar, fibrosis pulmonar, asma y EPOC.
 - En lo que respecta a problemas de incontinencia urinaria llegamos a la determinación que de los 277 casos, 70 utilizan pañal y el resto presenta pequeños escapes de orina.
- Otro dato a destacar en relación con las patologías de los usuarios es que la mayoría de los diagnósticos no poseen todas las disfuncionalidades y patologías que presenta el anciano.
- En relación con las familias, podemos decir que son tres los posibles supuestos que nos encontramos: familia sobreprotectora, colaboradora o pasiva.

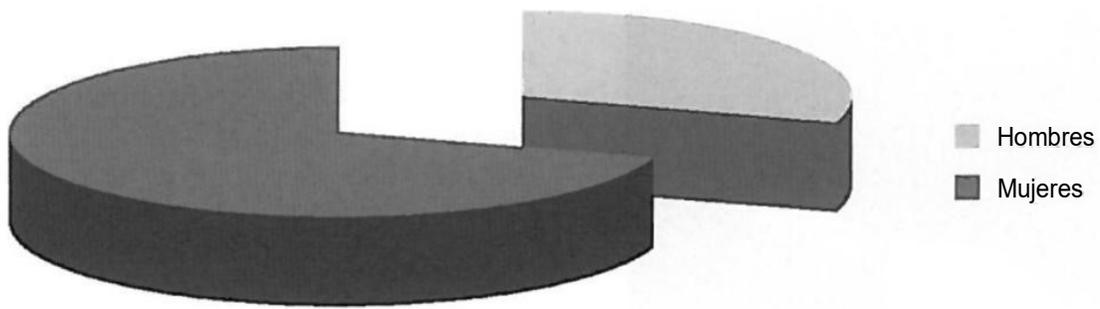


Fig. 8. Porcentaje de sexo.

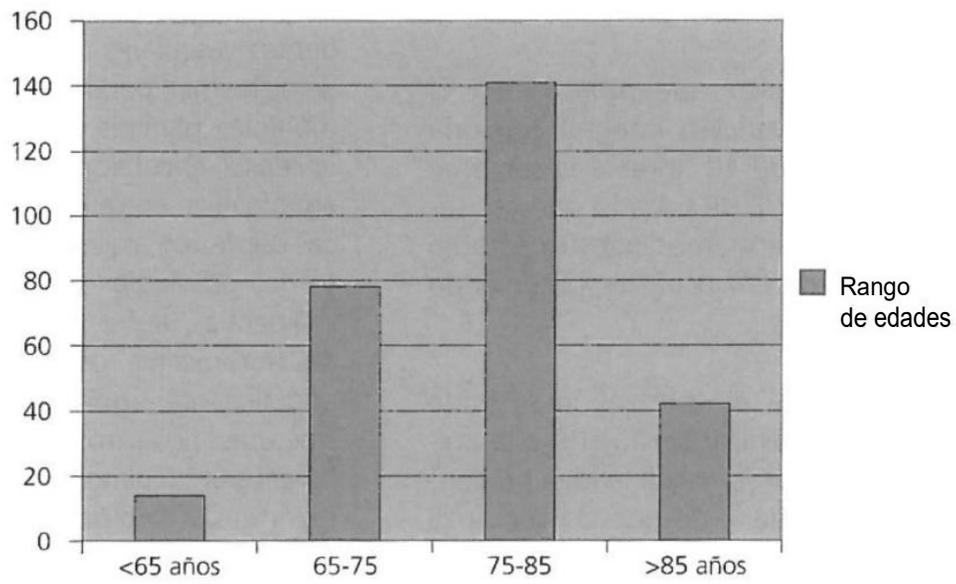


Fig. 9 a. Intervalo de edades.

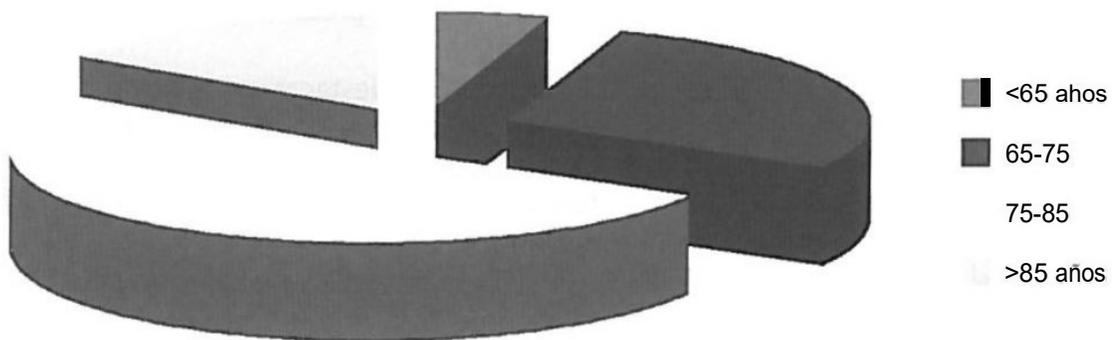


Fig. 9 b. Porcentaje de intervalos.

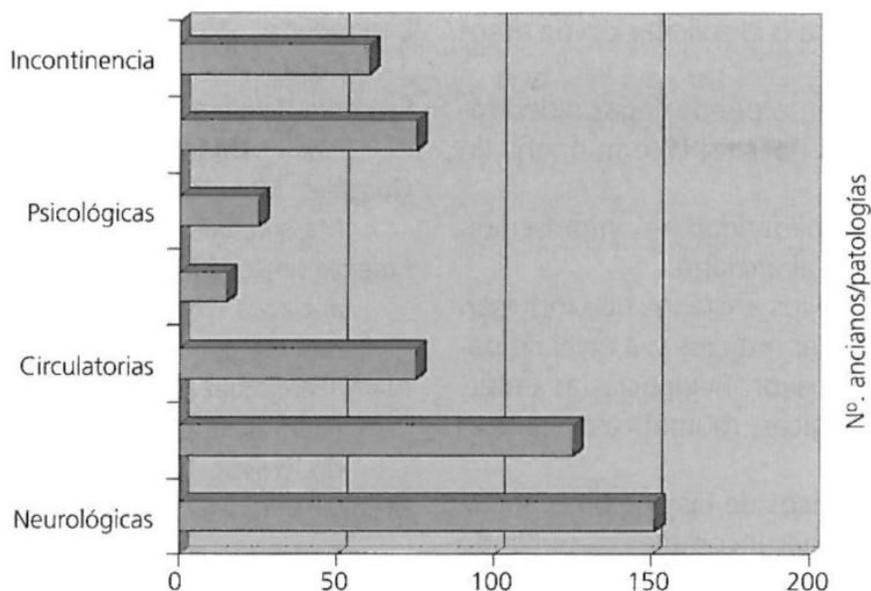


Fig. 10. Patologías presentes en los ancianos.

La mayoría de estos usuarios ingresa en la UED por tres motivos fundamentales:

- Desahogo familiar
- Estimulación en todas sus áreas (sobre todo la física)
- Sentimiento de soledad.

Una vez que hemos estudiado el perfil del usuario en relación con el sexo, edades, patologías, familias y motivo de ingreso, pasaremos a analizar y explicitar el modelo de intervención en este tipo de recurso comunitario.

Sabemos que el usuario que ingresa en la UED recibe estimulación de diferentes áreas:

- Cognitiva
- Afectiva
- Social
- Biofísica.

Estas áreas son desarrolladas por diferentes profesionales que constituyen el equipo interdisciplinar (psicólogo, terapeuta ocupa-

cional, animador sociocultural, trabajador social, auxiliares, enfermeros, fisioterapeutas, médico...), todos a su vez coordinados y dirigidos por el área de dirección y de administración. El tratamiento holístico e integral de los ancianos se potencia con las reuniones semanales que se plantean para hablar sobre temas de régimen interno y sobre los casos clínicos de la UED (tratando la evolución de casos antiguos, solucionando posibles casos conflictivos y adelantando las recientes incorporaciones para empezar a establecer planes de actuación).

CONCLUSIONES

- Consideramos las UED un recurso gerontológico útil para los ancianos y las familias. Es cierto que tendremos ancianos con grandes limitaciones que no se puedan servir de las unidades de estancia diurna y les será más beneficioso y rentable el ingreso en una

residencia geriátrica o la solicitud de atención domiciliaria.

— El fisioterapeuta puede llegar a desempeñar una función holística y comunitaria en una UED.

— La interdisciplinariedad es imprescindible en la atención al anciano.

— Actualmente los ancianos que ingresan en la UED suelen ser mujeres y, a nivel de patologías, tienen mayor incidencia las enfermedades neurológicas, reumáticas y circulatorias.

— Los diagnósticos de las personas ancianas nos suelen llegar incompletos, teniendo en consideración las pluripatologías que suelen tener la mayoría de las personas mayores.

BIBLIOGRAFÍA

- Baur R. Gimnasia, juego y deporte para mayores. Ed Paidotribo. Barcelona. 2001.
- Buckwaite A. Y Col. Artropatía degenerativa. Edit. Ciba-Geigy. Madrid 1996.
- Carbonell Collar A. Las caídas en los ancianos. En Medicine n° 88. Edit. Idepsa. Madrid 1995.
- Casado Rivera José M. Patología osteoarticular en Geriatría. Editores Médicos.
- Enciclopedia Médico-Quirúrgica. Ed. Elsevier. 2002.
- Escudero Barrilero A. Incontinencia Urinaria. Edit. Aran. Madrid 1998.
- Gonzales Mas. Rehabilitación en Geriatría. Ed. Masson. Barcelona. 2001.
- Jimenez Jimenez M.P. y Col. La inmovilidad en los ancianos. En Medicine n°. Edit. Idepsa. Madrid 1995.
- Marín Fernández B. Ejercicio Físico y Salud en la Edad avanzada. Edita Universidad de Oviedo. Oviedo 1999.
- Micheli Scorticati. Convivir con la Enfermedad de Parkinson. Edit. Panamericana Madrid 2000.
- Parreno Juan R. y col. Tercera edad sana. Ed. Inersero.
- Pinillos José Luis y col. Una aproximación pluridisciplinar al entorno de la vejez. Edit. SG Editores. Caja Madrid. Madrid 1994.
- Pont Geis Pilar. Tercera edad, actividad física y salud. 2a Ed. Paidotribo. Barcelona 1996.
- Stokes M. Rehabilitación Neurológica. Edit. Harcourt. Colección de Fisioterapia. Barcelona 2000.
- Sutcliffe Barbara. El papel de la fisioterapia en la 3a edad. Colección Rehabilitación. Ed. Inersero.
- Thevenon & Bruno Pollez. Rehabilitación en Geriatría. Ed. Masson. Barcelona 1994.