

Programa de intervención sobre el Síndrome psicológico postcaída en el anciano

JC Caballero García
ML Remolar
R García Cuesta

Instituto Vasco
de Gerontología
Bilbao

Introducción

Las caídas constituyen un hecho frecuente en la edad avanzada y suponen una de las principales causas de lesiones, de incapacidad y de muerte en este grupo de población¹. En Geriátrica son, además, uno de los indicadores más importantes a la hora de establecer criterios para identificar al "anciano frágil".

El aumento de la esperanza de vida entre los mayores hace que la caída se haya convertido en un problema biopsicosocial de primera magnitud. Esto corrobora su importancia así como la necesidad que tenemos los profesionales en contacto asistencial con el anciano de estar especialmente alertados para detectar precozmente los factores de riesgo en las caídas y poder aplicar las pertinentes medidas preventivas y terapéuticas.

Las caídas se consideran como uno de los principales tópicos o síndromes geriátricos, entre otras razones por:

- su elevada prevalencia e incidencia en la vejez
- sus graves consecuencias médicas, psíquicas, socio-familiares y económicas.
- la posibilidad de prevención satisfactoria con medidas adecuadas, perfectamente objetivables, que permiten, al menos, minimizar su efectos.
- la posibilidad de establecer grupos de riesgo y de actuar enérgicamente mediante la valoración de las circunstancias concurrentes en cada caso.
- La seguridad de que es posible evitar muchos de sus efectos adversos, sobretodo la dependencia, el temor a su repetición y el inicio de invalidez.

En el anciano, contrariamente a lo observado en el adulto joven, la caída raramente es accidental y en la mayoría de las ocasiones va a ser el resultado de

una inadecuación entre el sujeto y su entorno. Desconocer o no tener en cuenta los diferentes factores de riesgo contribuirá a que se produzcan con sus múltiples consecuencias a corto y largo plazo. En el presente artículo exponemos los efectos psicológicos y un programa general de intervención que venimos desarrollando, desde hace dieciocho meses, en un centro residencial de Bilbao.

Consecuencias psicológicas: El síndrome postcaída

Las secuelas que desde un punto de vista psicológico puede llevar consigo una caída suelen agruparse bajo el epígrafe de "síndrome postcaída". Podríamos definirlo como el conjunto de consecuencias a corto y largo plazo, producidas tras el hecho físico de la caída, dentro de la esfera psíquica, en el ámbito de las cogniciones y emociones, que provocan conductas y actitudes con resultado de restricción o disminución en las actividades físicas y sociales.

Sus características básicas serían:

La inmovilidad autoprotectora

Esta alteración de la movilidad conducirá, si no se remedia, a la dependencia del entorno, es decir a la pérdida de la capacidad para llevar a cabo las actividades básicas e instrumentales cotidianas.

Supone el resultado de una serie concatenada de hechos sobre los que sí podemos actuar: caída, dolor y lesiones físicas (de mayor o menor grado), miedo y ansiedad de volver a caer, sobreprotección del entorno, reposo anómalamente recomendado por los profesionales y, por lo general, una intervención sanitaria insuficiente (especialmente a nivel rehabilitador).

Correspondencia:

Juan Carlos
Caballero García
Colón de Larreátegui, 18
2º derecha
48001 Bilbao
Telf.: 944 249 034
E-mail:
jcaballero@euskalnet.net

Pérdida de la autoestima y confianza en las propias capacidades personales con miedo intenso a volver a caer

Este miedo o fobia a una nueva caída va a ser más frecuente entre ancianos de edades más avanzadas, predominando en el sexo femenino, en sujetos con disminución previa de la movilidad y alteraciones en los tests del equilibrio y marcha². Este miedo a una recaída es especialmente relevante entre los ancianos que han permanecido tendidos en el suelo durante tiempo prolongado antes de recibir la primera ayuda.

El miedo, por tanto, se constituye en la principal consecuencia psíquica y el componente mejor estudiado de este síndrome².

Este temor, sin embargo, también es frecuente entre los mayores de edad que no han padecido caídas. Según diversos estudios, entre un 20 y un 66% de los que no manifiestan haberse caído existe miedo a la caída, mientras que del 40 al 73% de los que sí cayeron lo padecen³⁻⁶.

La incidencia de las caídas es edad dependiente, así entre los 65-70 años se caen en un año un 25% de las personas, mientras que a partir de los 75 años el porcentaje sube al 35%⁷. Superados los 85 años de edad, el número disminuye posiblemente por la restricción en las actividades que realiza este subgrupo de mayores y porque consideran la caída como una consecuencia inherente al propio envejecimiento⁸.

Como resultado el sujeto se torna más introvertido, se retrae y modifica sus hábitos previos además de sus propias expectativas vitales y, en general, su actitud ante el futuro y su entorno. Por todo ello, le acontece un paulatino declive con resultado de invalidez.

Caídas en el medio residencial

Nuestro programa se está desarrollando en este nivel institucional, donde nos parece más factible desarrollar un esquema general de intervención sobre el sujeto que ha experimentado el problema.

Curiosamente, las caídas con sus consecuencias constituyen uno de los motivos principales del ingreso residencial, según nuestra experiencia. Además, la incidencia anual de caídas en este nivel supera por tres el ratio observado en todos los estudios publicados frente al colectivo de ancianos residentes en la comunidad. Este importante hecho epidemiológico quizás pueda explicarse no solo por el tipo de ancianos

alojados (con elevada edad media y peores condiciones psicofísicas de salud) sino porque en este nivel se reportan más y mejor los casos de caídas. En la Tabla 1 se detalla una breve revisión sobre este asunto.

Los factores de riesgo han sido muy bien estudiados, algunos extrínsecos como los fallos en el equipo asistencial y las instalaciones inadecuadas, y otros dependientes de los sujetos alojados o factores intrínsecos:

- deterioro de la movilidad
- debilidad muscular en extremidades inferiores
- polimedicación
- neurolépticos, ansiolíticos, hipnóticos
- limitación para alguna de las actividades básicas de la vida diaria
- incontinencia urinaria
- trastornos del estado de ánimo
- deterioro cognitivo
- estado confusional agudo
- problemas visuales
- hipotensión ortostática
- artropatías de la columna vertebral dorso-lumbar

Para autores como Tinetti M.E.¹⁸ la existencia de siete o más de los factores mencionados daría lugar siempre a recaída en el sujeto que los padece.

Modelo explicativo del síndrome postcaída

El condicionamiento clásico puede explicar la presencia de reacciones emocionales negativas "razonables" como, por ejemplo, el miedo a salir de la vivienda habitual que puede desarrollar un anciano tras caer en un determinado lugar de su calle, barrio o ciudad o, lo que es peor, el miedo a ambular tras sufrir una caída en su propio domicilio.

De acuerdo con el modelo simplificado la caída, como estímulo que evoca la respuesta de miedo, ocurre en un lugar concreto de la calle o del hogar, y debido al emparejamiento un estímulo neutro como el de encontrarse de nuevo en ese lugar u otro que se lo recuerde se asociará a miedo.

Pero ¿y porqué una caída puede evolucionar hacia el temor a salir del hogar o, incluso, a evitar la ambulancia en cualquier circunstancia restringiendo la vida del sujeto?. Para ello apelamos al concepto de generalización, es decir, que una vez aprendida la res-

puesta ante una determinada situación, ésta tenderá a extenderse a otras a lo largo de una dimensión de similitud o bien ante la simple anticipación cognitiva de la misma.

La experiencia de la caída también puede relacionarse con el condicionamiento operante, provocando la evitación o el rechazo del anciano a salir o a efectuar la mínima actividad deambulatoria. De esta forma el sujeto "alivia" su miedo (experiencia que actúa como elemento reforzador) manteniendo así las respuestas. Este refuerzo de evitación se puede seguir reforzando a través del propio personal cuidador del centro residencial donde se aloje el anciano o bien por medio de sus familiares cuando aquel vive en su hogar. El hecho es que tras fallar los ruegos e intentos varios para que se levante y se mueva, finalmente decidirán o permitirán que permanezca confinado en su cama, silla de ruedas o sillón. De esta manera se aprende y refuerza una conducta de dependencia que persistirá en el tiempo si no se corrige debidamente.

En otros ancianos las respuestas de negación a caminar o a salir de su hogar o de la residencia pueden "aprenderse" por observación directa, imitación o modelado. La gente tiende a imitar conductas que comprueba son reforzadas por el entorno inmediato. Así, un anciano puede desarrollar temor a caerse tras conocer que un vecino o compañero del centro ha sufrido una caída con traumatismo que requiere ingreso hospitalario. También la propia atención que cuidadores o familiares proporcionen al compañero de habitación postrado en la cama tras una caída podrá ser factor favorecedor de tal conducta en el otro, incluso sin experiencia previa de caída.

Desde la perspectiva de la psicología conductual a este tipo de ancianos con miedo a la caída no se les evalúa negativamente para su comprensión, tal y como suele realizarse desde la óptica psicoanalista, sino que se considera que sus respuestas están determinadas por las leyes universales del aprendizaje. Teniendo en cuenta este hecho, se efectúa nuestro programa terapéutico.

Evaluación del riesgo de caídas

En cualquier caso, a todo anciano que ingresa en el centro residencial se le efectúa una valoración geriátrica integral, actuación que posteriormente se realiza de forma periódica.

Nuestro protocolo de estudio incluye la evaluación biomédica donde se recogen los diagnósticos médi-

cos pasados y actuales, la duración del o los procesos y su impacto sobre la capacidad funcional, el estado nutricional, historia farmacológica, exploración física con énfasis en lo neurológico, cardiovascular, del aparato locomotor y órganos de los sentidos.

Valorar un trastorno de la marcha implica describirlo, identificar sus mecanismos causantes y su posibilidad terapéutica. Por lo general, la observación de la marcha y sus anomalías suele ser subjetiva, cualitativa y no siempre fiable. La clasificación funcional de la deambulación propuesta por Holden, M.K.¹⁹ resuelve en parte este problema (Tabla 2). La valoración cronometrada de la estación unipodal para sujetos con buena funcionalidad que deben poder permanecer en esa posición como mínimo cinco segundos. El test de Tinetti, M.E.²⁰ incorpora dos subescalas, una para la marcha y otra para el equilibrio, e identifica sujetos de alto riesgo. El test get up and go (levántese y camine) desarrollado por Mathias, S.²¹ consiste en observar al anciano mientras se levanta de una silla, camina tres metros y vuelve a sentarse. Se puntúa de 1 a 5, según la percepción del examinador sobre el riesgo de caídas (considerándose 1 como normal y 5 como muy alterado). Tiene el inconveniente de la subjetividad del explorador. Para paliarlo Podsiadlo y Richardson²² han hecho una modificación al mismo, cuantificando en segundos dicha tarea. Si el viejo emplea más de 20 segundos sugiere alto riesgo de caídas.

La evaluación funcional mediante el uso del índice de Katz²³ pues, como es sabido, muchos ancianos son dependientes en varias funciones sin que los diagnósticos médicos lo justifiquen. De aquí que identificar otras razones para su dependencia sea acción imprescindible a la hora de establecer el tratamiento.

La evaluación psicológica de la función cognitiva, mediante el uso del minixámen de Folstein en su versión española validada por Lobo, A.²⁴, de la fun-

Autores	incidencia anual/ 1000 camas	% de caídas con fractura
Gryfe (9)	650	6,1
Miller (10)	1400	--
Berry (11)	1500	3,2
Blake (12)	3600	--
Berryman (13)	2000	--
Gross (14)	220	10
Rubenstein (15)	1200	2
Svensson (16)	350	--
Tinetti (17)	1530	3

Tabla 1.
Epidemiología
de las caídas en el medio
residencial

*Tabla 2.
Clasificación funcional
de la deambulaci3n*

0. Deambulaci3n no funcional	No puede caminar, camina s3lo ayudado por barras paralelas o requiere ayuda de m3s de una persona para asegurar la marcha.
1. Deambulaci3n dependiente: Ayuda f3sica nivel II	Requiere la ayuda de una persona para caminar por superficies lisas. Precisa de ayuda t3cnica para asegurar la marcha y el equilibrio.
2. Deambulaci3n dependiente: Ayuda f3sica nivel I	Precisa la ayuda de una persona para caminar por superficies lisas. A veces utiliza alguna ayuda t3cnica para mantener el equilibrio o la coordinaci3n.
3. Deambulaci3n dependiente: Supervisi3n	Camina por superficies lisas sin necesitar ayuda de otra persona pero requiere de su presencia cercana para supervisi3n.
4. Deambulaci3n independiente: S3lo en superficies lisas	Camina independiente por superficies lisas pero requiere supervisi3n o asistencia f3sica en escaleras y superficies no lisas.
5. Deambulaci3n independiente	Camina independiente en cualquier tipo de terreno.

ci3n afectiva mediante la GDS (Geriatric Depression Scale)²⁵ y del grado de temor a las ca3das a trav3s del cuestionario de preocupaci3n para las mismas de Albarede, *et al*²⁶ (ver Tabla 3).

Dentro de lo social interesa reflejar el tipo y grado de relaciones familiares, las habilidades sociales previas del paciente, aficiones y temas de su inter3s.

Una vez obtenidos los datos, podemos distinguir y clasificar al anciano como de riesgo o no para las ca3das. No obstante, cuando el motivo del ingreso lo es como consecuencia de una o varias ca3das, esta valoraci3n nos ayuda a discriminar entre sujetos que padecen miedo a caminar solamente ante determinados lugares y los que se niegan por completo a hacerlo. Tambi3n nos permite clasificar al anciano con aceptable estado cognitivo del que padece un s3ndrome demencial. Tales consideraciones nos ayudan a adoptar un diferente enfoque terap3utico.

Objetivos terap3uticos del programa

Dado que las conductas problema que aparecen en el s3ndrome postca3da son:

1. Las conductas de evitaci3n como tendencia a la inmovilidad, negaci3n parcial (no ambular por determinados lugares), quejas psicossom3ticas variadas, negativa a utilizar dispositivos de ayuda, etc.
2. Las alteraciones cognitivas como ansiedad anticipatoria, evaluaci3n negativa de los propios recursos, distorsi3n de s3ntomas som3ticos, rumiaciones de evitaci3n, etc.

Todo ello justifica la necesidad de incluir como objetivos terap3uticos concretos los siguientes:

- mejorar su estado an3mico y f3sico
- reducir las respuestas de ansiedad
- disminuir las elaboraciones cognitivas
- eliminar las conductas de evitaci3n

Nuestro protocolo, por tanto, se compone de un paquete integrado de medidas a tres niveles: sobre el sujeto con s3ndrome postca3da, sobre el entorno humano (cuidadores/familiares) y sobre el entorno f3sico cercano (programa de control de est3mulos ambientales).

Actuaci3n ante el sujeto con s3ndrome postca3da

Programa sobre ancianos sin deterioro cognitivo, con miedo intenso a la ambulaci3n y abandono de toda movilidad

Informaci3n sobre el problema

Se les explica que el miedo a caer puede considerarse como un trastorno f3bico, es decir miedo desproporcionado que se escapa del control voluntario y que puede conducir, si no es tratado tempranamente, a la evitaci3n total de la ambulaci3n como en su caso y afectar a todo tipo de actividad y funcionamiento social y vital. Esta progresiva limitaci3n con abandono de intereses y falta de est3mulos puede propiciarle un cuadro depresivo que, a su vez, va a

Las siguientes preguntas se relacionan con el grado de preocupación que tiene Ud. por las caídas. Para cada actividad indique lo seguro que está de poder hacerla sin caerse.

Items	graduación de autoseguridad				
	MS	S	BS	NMS	NS
1. Levantarse/acostarse solo en la cama					
2. Ducharse/bañarse					
3. Vestirse/ desvestirse					
4. Recoger la habitación					
5. Acudir al comedor					
6. Subir escaleras					
7. Bajar escaleras					
8. Rampas/ desniveles entre superficies					
9. Entrar/ salir de vehículos					
10. Subir bajar de autobuses					
11. Caminar sin compañía					
12. Caminar sin bastón					
13. Caminar sobre suelo irregular					
14. Caminar a oscuras por la habitación					
15. Caminar rápido para ir al WC					
16. Girar la cabeza con rapidez					

Puntuaciones :
MS: muy seguro (0), S: seguro (1), BS: bastante seguro (2), NMS: no muy seguro (3), NS: nada seguro (4).

Tabla 3.
Cuestionario
de preocupaciones sobre
la caídas
(Alberede, et al.)

originar mayor reclusión y aislamiento, además de mayor ansiedad.

Los pasos que adoptamos, tras estudiar/descartar el problema médico causante de la caída, son:

- explicar los posibles sucesos que han propiciado y precipitado la caída.
- señalar que una caída es el resultado, muchas veces, de un desplazamiento inesperado y no corregido que puede prevenirse.
- advertir de las complicaciones médicas (físicas) y psíquicas que sobrevendrán caso de no someterse a un plan terapéutico y que se añadirán a las secuelas ya presentes.
- explicar que el miedo o, incluso, la negación a ambular es una respuesta que evita la ansiedad que suscita el recuerdo del incidente, pero que no mejora su situación sino todo lo contrario.
- solicitar su colaboración.
- invitarle a "desaprender" el miedo, consiguiendo su acuerdo y comprometiéndonos con él a guiarlo y acompañarlo hasta que su miedo haya disminuido o desaparecido.

El modelado simbólico

El anciano visiona un vídeo doméstico de cómo otro sujeto va siendo guiado progresivamente y sometido al tratamiento para vencer su miedo a deambular.

Entreno en relajación respiratoria

Sometemos al anciano a esta técnica básica con el fin de que pueda afrontar la aparición de ansiedad situacional en el programa de modelado participante.

Entreno en distracción cognitiva

Ante la previsión de que pudiera fallar la relajación respiratoria, dada la dificultad que suele añadir el anciano para distinguir entre diferentes niveles de ansiedad y relajación, optamos por proporcionarle otro tipo de respuestas incompatibles con la ansiedad: humor, imaginación de hechos o recuerdos agradables del pasado, ejercicios de rezo o de canto. En último término se le señala que el apoyo del terapeuta "per se" favorece un efecto inhibitorio de la ansiedad al fomentarle sentimientos de seguridad y bienestar durante las aproximaciones progresivas a las situaciones temidas.

Entreno en autoinstrucciones positivas

Atañen a sus propias facultades y competencia, con objeto de disminuir el grado de aversión al estímulo. Son instrucciones breves y en relación con su capacidad para el recuerdo a corto plazo. Se ejercitan mediante repeticiones hasta su aprendizaje.

Programa mixto de modelado participante

Trata de realizar una aproximación gradual a la conducta de deambular mediante la observación del

modelo y posterior ejecución guiada de la conducta observada. Distinguimos en él tres elementos: el modelado de conductas de aproximación, la práctica guiada y el reforzamiento positivo por la ejecución de la conducta correcta.

El procedimiento consiste en:

- seleccionar el modelo (cuidador/terapeuta)
- confeccionar una jerarquía de situaciones temidas, graduadas de menor a mayor pontaje respecto del grado de temor que produzcan.
- el modelo efectúa el primer ítem de la jerarquía, cada vez, un par de veces.
- el terapeuta le anima a realizar lo mismo que ha visto hacer al modelo, al tiempo que le proporciona apoyo físico (de contacto y soporte) y psicológico (sentimientos de seguridad al estar a su lado).
- terapeuta y modelo refuerzan cada ejecución
- el sujeto, después, debe efectuar por sí mismo cada paso de la jerarquía pero sin la ayuda del modelo.
- se procede, de igual manera, con todas las situaciones temidas hasta finalizar el proceso.

En este tipo de casos de caídas, la jerarquía de miedos es universal a todos los que permanecen relegados o confinados a la cama o sillón, es decir presupone crear una serie de pasos sucesivos necesarios para que se levante, deambule con ayuda, deambule sin ayuda y después lo haga hacia el water, hacia el pasillo, hacia el comedor o hacia la sala de estar del centro y hacia el ascensor.

Este modelaje participante se realiza en cuatro semanas, diariamente, en exposiciones breves de mañana y de tarde, en el momento posterior al desayuno y tras la siesta, constando de las siguientes sesiones:

- primer día: sesión de mañana y tarde para la transferencia de la cama o de la silla a la bipedestación. Cinco minutos de duración cada una.
- del segundo al decimoprimer día: diez sesiones dobles de mañana y tarde para la transferencia desde bipedestación a la deambulación, primero guiada y después vigilada mediante paralelas. Cinco minutos de duración los cinco primeros días y diez minutos de duración, cada una, el resto de sesiones.
- del decimotercero al decimosexto día: cinco sesiones dobles de mañana y tarde para la maniobra de ambular con la ayuda de un aparato de apoyos tipo Zimmer. Diez minutos de duración cada sesión.

- del decimoséptimo al veintiún día: cinco sesiones dobles de mañana y tarde para la maniobra de deambulación con la ayuda de bastón. Quince minutos cada una.
- del veintidós al veintiocho día: siete sesiones dobles, de mañana y tarde para la maniobra de ambulación en solitario, con la vigilancia del modelo. Veinte minutos de duración cada una.

Se comienza con indicaciones para el desplazamiento autónomo desde la habitación hacia el water, desde la habitación al comedor o sala de estar y así sucesivamente. Todas estas direcciones se erigen en fuentes intrínsecas de refuerzo material y social.

A la vez que este proceso de modelado aplicamos:

- refuerzo por parte del modelo y terapeuta
- empleo de las autoinstrucciones positivas previamente entrenadas
- empleo de distracciones cognitivas
- empleo de la relajación respiratoria si se percibe ansiedad (en algunos casos y en las primeras sesiones se puede administrar un ansiolítico como coadyuvante, tipo oxacepam o loracepam).
- cuando el sujeto padece depresión empleamos terapia farmacológica con inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina.

Prevención de recaídas

Dedicamos cinco sesiones dobles, de mañana y tarde, a que aprendan y repitan la rutina de una serie de pautas de conducta bajo el lema: "vigile sus pasos y tómeselo tiempo cuando se desplace".

Básicamente consisten en:

- la inspección del entorno
- llevar calzado ajustado
- practicar la marcha talón-punta
- uso de lentes si se precisan
- aceptar ayuda en aquellas tareas que presupongan dificultad o peligro
- no abusar de los medicamentos (sobre todo hipnóticos y ansiolíticos)
- encender las luces cuando se levanten por la noche
- usar las ayudas del entorno (barandillas, ascensor, etc.)
- usar las ayudas propias (bastón, andador,..)
- mantenerse activo
- información (mediante modelaje) de cómo levantarse de suelo si sobreviene otra caída.

Este programa lleva en funcionamiento 18 meses y hasta el presente hemos sometido al mismo a seis personas, de ambos sexos, con buen resultado. Todas ellas habían ingresado con secuelas físicas y psíquicas de una o varias caídas y en el momento presente son autónomas para la ambulación y los desplazamientos dentro del recinto residencial.

Programa sobre ancianos con capacidad deambulatoria conservada pero que evitan las salidas del centro

Terapeuta y paciente, en este caso, elaboran una jerarquía de miedos, es decir un listado de situaciones relacionadas con el temor a la caída. El paciente ordena estas situaciones en una escala de unidades USA (de 0 a 100) y según la lista se procede a que el sujeto afronte el miedo en dosis medidas, comenzando por las situadas en el extremo inferior de la escala. Toda vez que el anciano se expone con tensión de bajo nivel, la ansiedad relacionada se extingue y, de esta forma, se generaliza el procedimiento hasta llegar a las situaciones más temidas.

Las sesiones se realizan con la ayuda de algún familiar (que actúa como co-terapeuta). Empleamos seis sesiones dobles, de mañana y tarde, durante dos semanas, a razón de tres veces por semana.

A la vez que este programa de desensibilización, aplicamos:

- el reforzamiento del co-terapeuta.
- el empleo de autoinstrucciones positivas previamente entrenadas.
- el empleo de relajación respiratoria, previamente enseñada, caso de aparición de clínica ansiosa situacional. Según el caso se puede administrar como coadyuvante un ansiolítico tipo oxacepam o loracepam.
- el empleo de distracciones cognitivas previamente entrenadas.
- al igual que con los sujetos del grupo anterior, caso de manifestarse clínica depresiva empleamos los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina.
- como en el grupo anterior, dedicamos cinco sesiones dobles, de mañana y tarde, para la prevención de recaídas, incluyendo todas las pautas de conducta, expuestas anteriormente, bajo el lema "vigile sus pasos y tómese tiempo cuando se desplace".

Hasta el presente no hemos podido aplicar este programa de intervención en el centro debido a que los

ancianos usuarios del mismo en ningún caso son sujetos con un nivel de autonomía personal tan elevado. Sin embargo es un enfoque que venimos desarrollando a nivel ambulatorio en nuestra consulta de psicogeriatría.

Programa específico para ancianos con demencia

Es sabido que las alteraciones cognitivas aumentan el riesgo de caídas²⁷⁻³¹. A pesar de que algunos estudios sobre este problema en sujetos con demencia muestran la existencia de una correlación entre la severidad del deterioro cognitivo y el estado funcional, esta relación no parece lineal. Las demencias más graves no están necesariamente asociadas con las caídas^{27-28, 32-33}. La alteración en el estado cognitivo constituye un factor predictivo independiente del riesgo de caídas³⁴.

Por lo general, la mayor parte de las caídas en este grupo se producen a lo largo de los desplazamientos que se realizan para levantar al residente de la cama de un sillón o del WC. En este caso interesa evitar, a toda costa, el proceso de la inmovilidad con sus secuelas, debido al carácter incapacitante "per se" del síndrome demencial.

La capacidad de caminar y desplazarse con seguridad, hace intervenir a la vez las funciones cognitivas y motoras. Dentro de lo cognitivo, la memoria es la capacidad que primera y más precozmente se afecta en la demencia. Los modelos teóricos más recientes sobre la memoria la consideran como un sistema neuroanatómico jerarquizado y diferencian la memoria explícita (declarativa) y la implícita o procedimental³⁵⁻³⁶. La primera hace referencia a la memorización de acontecimientos específicos y puede ser menos importante en la motricidad de lo que se había creído inicialmente. La segunda hace referencia a la habilidad, tal como la utilización de instrumentos de ayuda técnica³⁵. Predecir cuales son los sujetos que pueden beneficiarse más de una readaptación, dependerá sobretodo de la integridad de las estructuras neuronales que intervienen en el proceso de la memoria procedimental.

Por tanto, el esfuerzo terapéutico aquí debe orientarse a restablecer la rutina ambulatoria que se pueda conseguir y que facilite un mínimo de autonomía al sujeto. Por tanto, las sesiones de "reaprendizaje" estarán condicionadas a la situación evolutiva de la entidad nosológica causante del deterioro cognitivo así como a la valoración individualizada de las capacidades cognitivas que permanezcan conservadas y que se exploren en dicho momento de la intervención.

Para el desarrollo de la memoria procedimental se necesita el manejo repetido de una ayuda técnica para la marcha. El hecho de colocarla ante el paciente puede inducir el aprendizaje del gesto y promover la utilización del instrumento. Por ello, nos centramos en las conductas de imitación o aprendizaje por modelaje, mediante un plan de aproximaciones progresivas, breves y efectuadas con grandes dosis de refuerzo verbal y no verbal.

Nuestro objetivo primordial se concreta en alcanzar unas transferencias mínimas o esenciales de silla o cama hacia el andador tipo Zimmer y de éste hacia las paralelas y después al bastón y marcha autónoma (siempre que nos lo permita y ello sea posible). Para tal, terapeuta y modelo, trabajando conjuntamente, dedican 12 sesiones de mañana y tarde, de cinco minutos de duración las seis primeras y de diez la siguientes, con el fin de establecer el mejor nivel posible de consolidación.

Empleamos premios, como el manejo de contingencias, según los gustos previos del paciente.

También, sometemos al anciano a un programa de revitalización, orientado al fortalecimiento muscular y mejora del aparato locomotor inferior, mediante ejercicios de bicicleta estática.

Hemos tenido ocasión de implementar este parte del programa a una enferma con demencia vascular en estadio evolutivo inicial, con antecedente de atropello y resultado de fractura en meseta tibial dcha. Tras la retirada de la inmovilización con escayola, la paciente realizó ejercicios de transferencia desde la silla de ruedas hacia el Zimmer y de éste al bastón. Actualmente es capaz de ambular sola por el centro.

Medidas de actuación sobre los cuidadores/familiares

Incluyen:

La información sobre el problema

Hacemos hincapié sobre los siguientes aspectos:

El miedo a caer tras una caída puede considerarse como un trastorno fóbico, o miedo desproporcionado que se escapa del control voluntario, que puede conducir, si no es tratado tempranamente, a la evitación de la ambulación y, por tanto, llegar a afectar a todo tipo de actividad y funcionamiento social y vital.

El estímulo real (antecedente próximo/reciente de una caída), con o sin resultado traumático, puede explicar, de alguna manera, el miedo inicial del sujeto a restringir su funcionalidad operativa, debido a la carga de ansiedad que suscitan tanto las cogniciones sobre nuevos accidentes (ansiedad anticipatoria) como el recuerdo y rumiación del incidente.

La progresiva limitación social, con abandono consiguiente de intereses y falta de estímulos, junto a la menor movilidad y sedentarismo que se suscitan podrán propiciar, además, la instalación de un cuadro depresivo que, a su vez, originará mayor reclusión y aislamiento, complicando aún más este panorama.

Se les advierte de las complicaciones médicas que pueden sobrevenir.

Se les explica que el miedo o, incluso, la negación a ambular es una respuesta condicionada que trata de evitar la ansiedad que suscita el recuerdo de la caída pero que no mejora la situación sino todo lo contrario.

Su colaboración es parte obligada en este proceso terapéutico. Por ello, se les invita a formar parte de un plan estratégico para ayudar al anciano a “desaprender” el miedo, de forma progresiva, por etapas graduales.

Se les recuerda cómo sus conductas pueden reforzar positiva o negativamente al sujeto. Para evitar esto último, se les comunica la importancia de negar su atención a las demandas injustificadas (técnica de manejo de contingencias).

Información del Programa Terapéutico a seguir en cada caso

Ya se trate su familiar de un anciano con o sin fallo cognitivo y en este último caso sea un sujeto con la posibilidad de presentar miedo a cualquier intento de movilidad o bien solamente con temor a salir del centro.

Entrenamiento en el manejo de las contingencias más habituales

Mediante el método del refuerzo vicario hacia otro anciano que sea capaz de ambular tras una caída, el uso de la técnica del tiempo fuera de reforzamiento mientras su familiar permanezca tumbado en la cama o relegado a la silla de ruedas, o bien mediante el reforzamiento diferencial de conductas adaptativas o utilizando la extinción ante sus quejas.

Entreno en la técnica de la relajación respiratoria

Para que puedan enseñársela a su familiar en el curso de las sesiones del programa y con el fin de controlar momentos críticos durante la intervención o interacción con el anciano.

Medidas sobre el entorno o control de los estímulos ambientales

Se hace especial hincapié sobre los siguientes aspectos del centro y vida residencial:

- la iluminación de pasillos, habitaciones y baños por la noche y las dependencias o zonas que sean más oscuras durante el día.
- el deslumbramiento que pueden producir puntos de luz en las escaleras, cabeceras de la cama, mesitas de noche, etc. el producido por la luz solar a través de las ventanas sin protectores (persianas, cortinas..).
- evitar y vigilar el posible paso de residentes a zonas deslizantes mientras se realiza la limpieza de las estancias del centro.
- eliminar cualquier obstáculo en zonas de paso obligado.
- acostumar al anciano a utilizar los pasamanos de los pasillos
- vigilar y potenciar el uso de zapatos cómodos pero ajustados, con suela antideslizante y sin tacón.
- inculcar al anciano a usar los asideros en la ducha y el inodoro.
- recordar constantemente que no deben levantarse de la cama sin esperar sentados en el borde de la misma durante unos instantes.
- uso de bastón o de andador como ayudas para ambular.
- uso restringido, prudente y puntual de las medidas de contención física.

Dada la morbimortalidad que las caídas ocasionan entre la población anciana lo idóneo sería actuar disminuyendo su riesgo, en la medida de lo posible, insistiendo sobre los factores intrínsecos y extrínsecos ya conocidos. En este proceder tiene especial relevancia el nivel primario de salud mediante la progresiva implantación del programa de atención al anciano y la difusión de los correspondientes consejos preventivos. La valoración geriátrica integral se constituye en una poderosa herramienta para selec-

cionar los ancianos con mayor riesgo. Se estima que un 1% de las caídas provoca fractura de cadera, el 3-5% produce otro tipo de fracturas y un 5% adicional ocasiona lesiones graves en tejidos blandos^{3,37}. Un buen número de esos ancianos afectados suele acabar alojado, por diferentes motivos, en el medio residencial. Los centros sociosanitarios deben implementar medidas y objetivos asistenciales bien definidos. En este nivel los síndromes geriátricos son el caballo de batalla prioritario, las caídas y sus nefastas consecuencias suponen un fenómeno a tener en cuenta.

Bibliografía

1. Lázaro del Nogal M. Factores de riesgo e caídas. En: Ribera Casado JM, Gil Gregorio P.(eds). *Factores de riesgo en la patología geriátrica*. Clínicas Geriátricas. Editores Médicos. Madrid 1996:12.
2. Salvá A. Consecuencias psicológicas: síndrome postcaída. En: Lázaro del Nogal M y cols. *Evaluación del anciano con caídas de repetición. Grupo de Trabajo de Caídas*. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Fundación Mapfre Médica. Madrid 1997:69-79.
3. Tinetti ME, Speechly M, Ginter SI. Risk factors for falls among elderly persons living in the community. *N Engl J Med* 1988;319:1701-7.
4. Vellas B, Faisant C, Laque S, et al. Etude ICARE: Investigation sur la chute accidentelle recherche épidémiologique. *L'Année Gerontologique* 1995;9: 423-36.
5. Tinetti ME, Mendez de Leon CF, Doucette JT, Baker DI. Fear of falling and fall related efficacy in relationship to functioning among community living elders. *J Gerontol Med Sci* 1994;49:M140-M7.
6. Nevitt MC, Cummings SR, Kidd S, Black D. Risk factors for recurrent nonsyncopal falls: a prospective study. *JAMA* 1989;261:2663-8.
7. Tinetti ME. Falls. In Hazard WR, Andres R, Bierman EL, Blass JP. (eds) *Principles of Geriatric Medicine and Gerontology*. Mc Graw Hill. New York 1994: 1313-20.
8. Calvo Aguirre, JJ. Caídas en la comunidad y en instituciones. En Lázaro del Nogal M y cols. *Evaluación del anciano con caídas de repetición. Grupo de Trabajo de Caídas*. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Fundación Mapfre Médica. Madrid 1997:3-11.
9. Gryfe CI, Amies A, Ashley MJ. A longitudinal study of falls in a elderly population. Incidence and morbidity. *Age Ageing* 1977;6:201-10.
10. Miller MB, Elliot DF. *Accidents in nursing homes: implications for patients and administrators*. In Miller MB (ed) *Current Issues in Clinical Geriatrics*. Tiresias Press. New York 1979:97.

11. Berry G, Fisher RH, Lang S. Detrimental incidents, including falls, in an elderly institutional population. *J Am Geriatr Soc* 1981;29:322-4.
12. Blake C, Morfitt JM. Falls and staffing in a residential home for elderly people. *Public Health* 1986;100:385-91.
13. Berryman E, Gaskin D, Jones A, et al. Point by point: predicting elder's falls. *Geriatr Nursing* 1989;10:199-201.
14. Gross YT, Shimamoto Y, et al. Monitoring risk factors in nursing homes. *J Gerontol Nursing* 1990;16:20-5.
15. Rubenstein IZ, Robbins AS, et al. The value of assessing falls in an elderly population: a randomized clinical trial. *Ann Intern Med* 1990;113:308-16.
16. Svensson ML, Rundgen A, et al. Accidents in the institutionalized elderly: a risk analysis study. *Age Aging* 1991;3:181-92.
17. Tinetti ME. Factors associated with serious injury during falls by ambulatory nursing home residents. *J Am Geriatr Soc* 1988;36:664-8.
18. Tinetti ME, Williams TF, Mayewski R. Fall risk index for elderly patients based on number of chronic disabilities. *Am J Med* 1986;80:429-34.
19. Holden MK, Gill KM, Magliozzi MR, et al. Clinical gait assessment in the neurologically impaired. Reliability and meaningfulness. *Phys Ther* 1984;64:35-40.
20. Tinetti ME. Performance oriented assessment of mobility problems in elderly patients. *J Am Geriatr Soc* 1986;34:119-26.
21. Mathias S, Nayak USL, Isaacs B. Balance in elderly patients: the get up and go test. *Arch Phys Med Rehabil* 1986;67:387-9.
22. Podsiadlo D, Richardson S. The timed up and go. A test of basic functional mobility for frail elderly persons. *J Am Geriatr Soc* 1991;39:142-8.
23. Katz S, Ford AB, et al. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA* 1963;185:914-9.
24. Lobo A, Ezquera J, Gómez -Burgada F, et al. El Mini-Exámen Cognoscitivo: un test sencillo, práctico para detectar alteraciones intelectivas en pacientes médicos. *Act Luso-Esp Neurol Psiquiatr* 1979;3:189-202.
25. Pérez Almeida E, González Elipe MA, et al. La Geriatric Depression Scale (GDS) como instrumento para la evaluación de la depresión: bases de la misma. Modificaciones introducidas y adaptación de la prueba a la realidad psicogeriatrica española. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1990;25:173-80.
26. Vellas B, Lafont C, Allard M y Albareda JL. *Trastornos de la postura y riesgos de caída*. Editorial Glosa. Barcelona 1996.
27. Buchner DM, Larson EB. Falls and fractures in patients with Alzheimer-type dementia. *JAMA* 1987;257:1492-5.
28. Dijk PTM van, Meulenbergr OGRM, Sande HJ van de, Habbema JDF. Falls in dementia patients. *Gerontologist* 1993;33:200-4.
29. Morris JC, Rubin EH, Morris EJ, Mandel SA. Senile dementia of the Alzheimer's type: an important risk factor serious falls. *J Gerontol* 1987;42:412-7.
30. Nevitt MC, Cummings SR, Hudes ES. Risk factors for injurious falls: a prospective study. *J Gerontol* 1991;46:M164-M70.
31. Robbins AS, Rubenstein LZ, Josephson KR, Schulman BL, et al. Predictors of falls among elderly people: results of two population-based studies. *Arch Intern Med* 1989;149:1628-33.
32. Brody EM, Kleban MH, Moss MS, Kleban F. Predictors of falls among institutionalized women with Alzheimer's disease. *J Am Geriatr Soc* 1984;32:877-82.
33. Green CR, Mohs RC, Schmeidler J, Aryan M, Davis KL. Functional decline in Alzheimer's disease: a longitudinal study. *J Am Geriatr Soc* 1993;41:654-61.
34. Capezuti E, Strumpf NE, Allen-Taylor SL, et al. The relationship between physical restraint removal and falls and injuries among nursing home residents. *J Gerontol Med Sci* 1988;53 A1:M47-M52.
35. D'Esposito M, Alexander MP. The clinical profiles, recovery and rehabilitation of memory disorders. *Neurorehabilitation* 1995;5:141-59.
36. Zola-Morgan S, Squire LR. Neuroanatomy of memory. *Annual Rev Neuroscience* 1993;16:547-63.
37. Sattin RW. Falls among older persons: a public health perspective. *Ann Rev Public Health* 1992;13:489-508.