

Multimed 2010; 14(3)

**UNIVERSIDAD DE LA CIENCIA DE LA CULTURA FÍSICA Y EL DEPORTE
FACULTAD GRANMA**

**Particularidades de la funcionabilidad motriz en el anciano con
dismovilidad.**

Particularities of the motor function in the elder with dismobility.

Alejandro Jorge Soto Rodríguezⁱ, José Ezequiel Garcés Carracedoⁱⁱ

Resumen

El estudio tuvo como objetivo determinar las particularidades de la funcionabilidad motriz del anciano con dismovilidad en el reparto "Antonio Guiteras" de Bayamo, Granma. En el desarrollo de la investigación se aplicaron pruebas funcionales para evaluar la capacidad que tienen los gerontes para desempeñar actividades de la vida diaria. Teniendo en cuenta las características de la problemática se decidió desarrollar una investigación correlacional con un diseño de control mínimo. Se utilizaron como métodos investigativos; la observación, revisión de documentos y la medición.

Los resultados manifiestan, que si bien no es necesario el requerimiento del máximo auxilio posible en la muestra objeto de estudio, ellos presentan limitaciones importantes en su autonomía y en todos los casos existe muy bajo riesgo de padecer úlceras por presión, no obstante está presente cierto peligro si mantiene el estado de dismovilidad existente.

Descriptor DeCS: ANCIANO FRÁGIL; ACTIVIDAD MOTORA.

Abstract

This research had as a main objective to determine the particularities of the motor function of the elder with dismobility, at Antonio Guiteras Reparto, in Bayamo, Granma. For the development of this investigation there were applied functional tests to evaluate the geront's capacities to perform daily activities. Taking into account the characteristics of the problem it was decided to develop a correlational research with a design of minimum control. There were used research methods like: observation, documents revision and measures.

The results express that if it is not necessary the requirement of maximum help in the sample, they present important limitations in their autonomy and in all of the cases it is evidenced a low risk of ulcers due to the blood pressure. However there is always a certain risk if the stage of dismobility persists.

KEY WORDS: FRAIL ELDERLY; MOTOR ACTIVITY.

Introducción

La ancianidad biológica se caracteriza por una disminución fisiológica de la audición, la visión, de la potencia muscular, la estabilidad y lentas reacciones defensivas y alteraciones articulares. Paralelamente a estas alteraciones, se presentan situaciones patológicas comunes como la artritis, parálisis, vértigos y las atrofiaciones musculares.

Estos factores determinan en los ancianos una mayor ocurrencia de síndromes invalidantes con relación al individuo joven, y su recuperación es más lenta e incompleta por lo que se hace necesario acudir a medidas preventivas, terapéuticas y educativas para contrarrestar los efectos negativos del envejecimiento.

El proceso de rehabilitación en los ancianos comprende todo lo que se pueda hacer para lograr que su existencia sea lo más agradable posible; pretende evitar la soledad tan frecuente en ellos e impedir una grave decadencia física por estar inmovilizados en muchos casos al final de sus vidas.

La actividad física, en el caso del anciano, contribuye a que su longevidad sea creciente y que su vida sea lo mejor posible en sus dimensiones físicas, sensorial, intelectual, emocional y social. Es imprescindible entonces establecer un conjunto de medidas terapéuticas, psicológicas y de adiestramiento funcional, orientadas a restablecer o mejorar la eficiencia psicofísica de personas que, en diversas formas, tienen disminuidas sus capacidades.

Para lograr, a través de la rehabilitación, que el anciano con dismovilidad no llegue al punto más bajo de su actividad y logre una recuperación funcional por todos los medios posibles, se necesita de una atención especializada y permanente.

La atención a este grupo poblacional en Cuba, está sustentada por programas de diferentes organismos entre los que se encuentran: el Ministerio de Salud Pública (MINSAP), la Asociación Cubana de Limitados Físico-motores (ACLIFIM), el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, y el Instituto Nacional de Deportes, Educación Física y Recreación (INDER) que indistintamente intervienen de forma unilateral, en la atención a las necesidades objetivas y subjetivas de este grupo de personas y la atención física se realiza con un carácter muy esporádico, fundamentalmente el relacionado con el tratamiento a la funcionabilidad motriz del anciano con dismovilidad. Los fundamentos anteriormente expuestos conducen a plantear el siguiente problema científico: ¿Cómo favorecer el proceso de rehabilitación en los ancianos con dismovilidad, teniendo en cuenta las características y posibilidades funcionales de este grupo de personas?

Es necesario entonces, que desde el ámbito familiar donde las personas de la tercera edad generalmente tienen su espacio, conocer cuales son las características y condiciones motrices que presentan, como realizan las actividades de la vida diaria y en que medida están preparadas físicamente para asimilar las actividades rehabilitadoras.

Desarrollo

Se desarrollo una investigación correlacional con un diseño de control mínimo, a través de una muestra no probabilística, intencionada y deliberada, se seleccionó para el estudio a 12 ancianos con dismovilidad relativa que permanecen en sus casas sin realizar ningún tipo de actividad física. Las edades están comprendidas entre los 65 y 80 años, todos del sexo masculino.

Criterio de inclusión. Adultos mayores encamados que no están atendidos por instituciones de rehabilitación.

Criterio de exclusión. Adultos mayores encamados con cáncer terminal.

Criterio de salida. Fallecimiento o decisión personal / familiar.

Al hacer un análisis del test de Barthel que evalúa el grado de independencia que tienen los ancianos en las actividades básicas de la vida, la cual cuenta con una puntuación ascendente de 100 puntos, en la muestra objeto de estudio, los resultados predominantes fueron de 75 puntos lo que manifiesta que si bien no es necesario el requerimiento del máximo auxilio posible, presentan limitaciones importantes en su independencia.

Según estos resultados, los investigados demandan ciertos auxilios para alimentarse, no en el acto de dar y recibir; sino en actividades complementarias como aplastar o cortar algunos alimentos.

En el traslado de la silla a la cama requieren ayuda mínima los ancianos 1 y 2, pero la mayoría necesita que lo alcen de la cama. Todos necesitan de alguna manera apoyo para el baño, lavado del rostro, manos pies y dientes; para vestirse o desvestirse, abotonar, acordonar, anudar y ponerse los zapatos. Aunque no tienen afectaciones en el control de esfínter y controlan generalmente sus intestinos, presentan episodios ocasionales tanto diurnos como nocturnos.

La prueba de Norton evalúa la posibilidad que tienen los ancianos con dismovilidad de sufrir úlceras por presión. Los resultados indicaron que en todos los casos existen muy bajo riesgo de padecer las mismas, no obstante en los ancianos 3, 4, 5, y 6 está presente algún peligro por obtener una puntuación en el límite de la posibilidad que es trece. Es importante valorar que estos ancianos mantienen una nutrición con 3 comidas diarias y como media ingieren más de la mitad del menú, mantienen un peso estable, mucosas húmedas rosadas y recuperación rápida del pliegue cutáneo.

La apatía se destacó en ellos, presentando características como: el olvido, somnolencia, pasividad, torpeza, pereza. Ante los estímulos reaccionan con cierta dificultad, aunque permanecen orientados, obedecen órdenes sencillas con respuestas verbales lentas y vacilantes.

Se constató que la movilidad en la mayoría de los estudiados es muy limitada. Aunque son capaces de caminar con ayuda o supervisión de otra persona o de medios mecánicos, como aparatos con más de un punto de apoyo. Inician movimientos con bastante frecuencia, pero requieren de ayuda para realizarlos, completar o mantener algunos de ellos.

La incontinencia es muy ocasional al no controlar esporádicamente uno o ambos esfínteres en 24 h.

El test de Tinetti, que consta de 16 ítems y evalúa el equilibrio estático y dinámico de los ancianos, permite clasificar los resultados en 3 gradientes: normal, adaptado y anormal. La puntuación de la prueba demostró que el comportamiento en el equilibrio y la marcha es anormal, el rango de puntuación se movió entre 5 y 9, manifestando una sensible modificación del aparato locomotor, que tiene como base la edad, influyendo además el comportamiento sedentario de estas personas; por tanto estas afectaciones que contraerá el anciano, en medio de la ociosidad serán aún más progresivas.

Se observó que presentan un desplazamiento del centro de gravedad, rigidez articular en posición viciosa, disminución de la movilidad articular, insuficiencia de abductores, disimetría por acortamiento, inestabilidad progresiva y claudicación espontánea. Se evidencian conjuntamente factores de riesgos para las caídas como: disminución de la agudeza visual y auditiva, disfunción vestibular, disfunción propioceptiva, trastornos del pie (juanetes, callos, deformidades, edemas), hipotensión postural y consumo de medicamentos. Estos elementos predisponen al anciano a asumir posturas incorrectas en su desplazamiento por tratar de conservar alguna seguridad en las actividades dentro del hogar.

El test de Daniels, evalúa con notas, que van de 0 a 5, el estado de los músculos, en dependencia de las posibilidades funcionales del anciano. Es notable para nuestro diagnóstico el resultado de las evaluaciones musculares, porque arrojaron mayor puntuación en las extremidades superiores que en las inferiores, corroborando así los criterios de los especialistas, que plantean que gran parte de los problemas de la funcionabilidad motriz de los ancianos con dismovilidad se debe a la presencia de una paulatina atrofia muscular de las extremidades inferiores, principalmente causada por su inactividad física.

Se observó que los movimientos predominantes en ellos, son los gravitados sin resistencia y los degravitados; estas maniobras reflejan en gran medida la pérdida normal de la masa, velocidad y fuerza muscular por envejecimiento (Sarcopenia), que tiende a comportarse más agresiva con el paso de los años, manifestándose después de los 60 años, con una pérdida aproximadamente de 1 a 2 % anualmente.

La prueba muscular de fuerza de brazos y piernas, está determinada por los metros alcanzados en el lanzamiento de una pelota y por la cantidad de repeticiones en la realización de semicucillas, sin deformar el movimiento; demostró una evaluación de mal en todos los investigados, salvo el anciano 2 que obtuvo regular.

La pérdida de la fuerza es un indicador en las personas de la tercera edad, ocasionado principalmente, a la disminución de los procesos de contracción, de transmisión neuromuscular y flujo sanguíneo. Además se incrementa el metabolismo celular provocando el comienzo de fatiga de manera rápida, añadido a esto, intervienen también ciertos mecanismos, como es el incremento de la rigidez articular (de origen mecánico) producto al aumento en la viscosidad del líquido sinovial y de los tejidos conectivos articulares y periarticulares que impiden en los ancianos la favorable realización de las actividades.

El resultado de la medición de la amplitud articular en los investigados distan mucho de la amplitud normal, no solo porque en estas edades para que un movimiento sea fisiológico se requiere de una movilidad articular plena, sino porque están presentes, producto de la edad y la dismovilidad, restricciones de la cápsulas o posición viciosa de las superficies articulares entre sí que impiden el movimiento, deslizamiento o juego articular.

Además, la totalidad de la muestra padece, en algún grado, de artritis o artrosis; que comprometen de forma importante tanto las articulaciones menores (muñeca, mano, dedos del pie, tobillo), como las mayores (codo, hombros, columna vertebral), manifestada por inflamación articular, (engrosamiento de la cápsula), osteoporosis, destrucción articular y anquilosis ósea.

Conclusiones

Las particularidades de la funcionabilidad motriz del anciano con dismovilidad se relacionan con el grado de amplitud articular, atrofia y fuerza muscular. En todos los casos existe muy bajo riesgo de padecer úlceras por presión, no obstante está presente cierto peligro si mantiene el estado de dismovilidad.

El equilibrio estático y dinámico es anormal, influyendo el comportamiento sedentario de estas personas y la fuerza de brazos y piernas disminuye de manera importante, por la presencia de una paulatina atrofia muscular. Los movimientos en las articulaciones, reflejaron que están muy alejadas de la amplitud articular normal, producto no solo de la edad y la dismovilidad, sino también de procesos patológicos.

Referencias Bibliográficas

1- Alcantara, O. y Romero, M. Actividad Física y Envejecimiento. Disponible en:

- www.efdeportes.com. 2009.
- 2- Carrillo, B. y Jiménez, C. El inmovilismo y sus consecuencias para la salud. Disponible en: www.salud-rehabilitación.com. 2009.
 - 3- Cuba. Comité Estatal del Trabajo y Seguridad Social. La atención del discapacitado en Cuba. La Habana: Editorial poligráfica. 1993.
 - 4- Cuba. Ministerio de Salud Pública. Programa de rehabilitación en la comunidad. La Habana. 2001.
 - 5- Dinamarca, Montesinos. La Dismovilidad, nueva concepción de la inmovilidad. Disponible en: www.salud-rehabilitación.com. 2009.
 - 6- González. Mas. R. Rehabilitación Médica. Barcelona: Ed Masson.S.A. 1997.
 - 7- Morrillo, M. [Manual de Medicina Física](#). Madrid: Editorial Harcourt. 1998.
 - 8- Organización Panamericana de la Salud. Manual de educación gerontológico para el personal de atención primaria de salud OPS. 2001.
 - 9- Sabine Reichel, Hilde; Groza-Nolte, Regina. Fisioterapia, teoría y registro de hallazgos de la exploración. 2t. 2003.
 - 10- Scharll, M. La actividad física en la tercera edad. Barcelona: Editorial Paidotribo. 2000.

ⁱ Licenciado en Cultura Física, Master en Actividad Física Comunitaria y Profesor Asistente.

ⁱⁱ Doctor en Ciencias de la Cultura Física y Profesor Auxiliar