

## COMUNICACIONES CORTAS

### Manejo del síndrome post-caída en el anciano

### Management of post-fall syndrome in the elderly

M., GANDOY-CREGO <sup>1</sup>

A., LÓPEZ-SANDE <sup>2</sup>

N., VARELA GONZÁLEZ <sup>3</sup>

L., LODEIRO FERNÁNDEZ <sup>4</sup>

M., LÓPEZ MARTÍNEZ <sup>5</sup>

J. C., MILLÁN-CALENTI <sup>6</sup>

#### RESUMEN

*El síndrome post-caída podemos definirlo como el miedo a padecer una nueva caída, la pérdida de confianza para desarrollar una determinada actividad sin caerse y una disminución de la movilidad y de la capacidad funcional.*

*El objetivo del presente trabajo es plantear una propuesta de actuación que ayude a superar el miedo para, favorecer por un lado la recuperación del equilibrio y la marcha, y por el otro evitar que el temor a una nueva caída, acreciente al anciano determinados problemas sociosanitarios.*

*En primer lugar, para ayudar a superar el miedo, utilizaremos determinados conceptos basados en la Terapia Cognitiva de Beck, diversos estudios han mostrado, que una serie de éxitos graduales en la conducta problemática, que llevasen a la consecución de un objetivo claro, mitigaban la sintomatología.*

<sup>1</sup> Doctor en Psicología. Master en Gerontología Clínica y Social.

<sup>2</sup> Psicóloga. Master en Gerontología Clínica

<sup>3</sup> D.U.E. Experto en Gerontología Clínica.

<sup>4</sup> Logopeda. Experta en Gerontología Clínica.

<sup>5</sup> Médico. Alumno Doctorado Gerontología Clínica.

<sup>6</sup> Doctor en Medicina. Catedrático de Gerontología, Universidad de La Coruña.

**Correspondencia:** Manuel Gandoy Crego. Postgrado en Gerontología Clínica Centro Universitario de Oza. Campus de Oza. Universidad de La Coruña Las Jubias s/n. 15006. La Coruña Correo electrónico: mgandoyc@mail2.udc.es

*gía depresiva y modificaban el autoconcepto del sujeto y sus expectativas negativas, por ello creemos también de gran importancia la utilización simultánea de Técnicas operantes para el desarrollo de conductas.*

#### **ABSTRACT**

*Post fall syndrome can be summarised as a fear of suffering a further fall, loss of confidence in developing a purposeful activity without falling and a reduction in mobility and functional capacity.*

*The aim of the present study is to establish a plan of action aimed at overcoming fear, in order to firstly, encourage the recovery of balance and progress, and secondly, to prevent the possibility that fear of a further fall will cause specific socio-health problems in the elderly person.*

*Initially, specific concepts based on Beck's Cognitive Therapy were used, for which research has shown that a series of gradually achievable outcomes for problem behaviour, with a clear objective in mind, mitigate depressive symptomatology and modify the autoconcept of the subject and their negative expectations. In addition, we also believe in the importance of the simultaneous use of operant techniques to change behaviour.*

#### **PALABRAS CLAVE**

*Psicogerontología, caídas, intervención psicológica, gerontología.*

#### **PALABRAS CLAVE**

*Key words: Geropsychology, falls, Psychological intervention, gerontology.*

## INTRODUCCIÓN

Las caídas y las lesiones por caídas son los responsables de una parte considerable de la morbi-mortalidad en los adultos mayores. Aunque la mayoría de las caídas no provocan lesiones físicas graves o muerte (Nevitt, Cummings y Hudes, 1991), determinan a menudo una reducción en la actividad social y física y una pérdida de confianza en la independencia funcional. Una de las consecuencias no derivadas directamente de las lesiones producidas en la caída, pero que afecta a la persona mayor y su entorno, es el denominado **Síndrome post-caída** (Salvá Casanovas, 1997). Se trata fundamentalmente de cambios en el comportamiento y de actitudes que pueden observarse en las personas que han padecido una caída y que van a provocar una disminución de las actividades físicas y sociales.

El síndrome post-caída, tras sufrir esta o no, incluye tanto el miedo a padecer una nueva caída, como la pérdida de confianza para desarrollar una determinada actividad sin caerse, así como la disminución de la movilidad y de la capacidad funcional.

Según diversos estudios, entre un 20 y un 46% de las personas mayores que no han sufrido ninguna caída y entre el 40 y el 73% que sí la han sufrido, manifiestan miedo a caerse (Tinetti, Speechley, y Ginter,

1988; Nevitt, Cummings y Hudes, 1991; Tinetti, Mendes de León, Doucette y Baker, 1994, Vellas, Faisant, Lauque, Sedeuilh, Baumgartner y Andrieux 1995); Este miedo a una caída está relacionado con una disminución de la calidad de vida y un incremento de la fragilidad (Arfken, Lach, Birge y Miller, 1994), así como con la pérdida de autonomía para desarrollar actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, al perder el paciente la confianza en sí mismo para la realización de las citadas actividades (Tinetti, Mendes de León, Doucette y Baker, 1994; Burker, Wong y Sloan, 1995).

Según estos estudios, podemos correlacionar el factor psicológico del miedo con el componente físico del equilibrio y la movilidad (Salvá Casanovas, 1997). Todas estos factores, tienen una repercusión directa en la vida social del paciente, entre las que podemos destacar principalmente:

- Mayores dificultades para la rehabilitación.
- Dependencia de un cuidador, con la consiguiente disminución de las salidas del domicilio.
- Pérdida de contacto social.
- Depresión por el sentimiento de inutilidad y pérdida de recursos y apoyos sociales, lo que hace que el anciano pierda las ganas de moverse y salir, creando así un círculo vicioso .

Estas consecuencias generalmente pueden hacer que una persona válida e independiente, termine con un gran riesgo de hospitalización, generalmente debido a secuelas de la inmovilidad producida por el miedo al desplazamiento o el no poder obtener ayuda de otras personas (cuidadores familiares o profesionales), o un elevado riesgo de institucionalización, por el elevado grado de cuidado necesario o la ausencia total de ayuda externa.

## OBJETIVO

Plantear una propuesta de actuación que ayude a superar el miedo para, favorecer por un lado la recuperación del equilibrio y la marcha, y por el otro evitar que el temor a una nueva caída, acarree al anciano determinados problemas sociosanitarios.

## Procedimientos

Esta intervención, debe ser llevada a cabo desde el primer momento en que el anciano comienza su recuperación, tanto por el médico rehabilitador, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, personal de enfermería o cualquier profesional, que sin ser especialista de la psicología, tenga un contacto directo con el anciano después de la caída.

En primer lugar, para ayudar a superar el miedo, utilizaremos determinados conceptos basados en la **Terapia Cognitiva de Beck (1983)** diseñada para la depresión pero, de gran utilidad para otras aplicaciones como es la que presentamos. Beck comenzó a estudiar las descripciones que los pacientes hacían de sí mismos y de sus experiencias observando que adoptaban sistemáticamente, una visión negativa debida a formas distorsionadas de interpretar la realidad. Estudios adicionales mostraron que una serie de éxitos graduales en la conducta problemática, que llevasen a la consecución de un objetivo claro, mitigaban la sintomatología depresiva y modificaban el autoconcepto del sujeto y sus expectativas negativas; por ello creemos también de gran importancia la utilización simultánea de **Técnicas operantes para el desarrollo de conductas**.

Una de estas técnicas es la denominada **Encadenamiento**, que se centra en conseguir una conducta a base de la realización de subunidades de ésta, es decir, actividades más sencillas, por lo tanto, si queremos una movilidad independiente de la persona, realizaremos ensayos breves y sencillos de desplazamientos, se irán uniando y alargando las tareas, para llegar a la finalidad deseada. Ej: Levantarse de la silla, levantar-

se y acercarse hasta la puerta (2-3 metros), levantarse + dirigirse a la puerta + ir a una dependencia próxima, etc.

### Propuesta de actuación

Antes de iniciar la terapia, debemos de tener en cuenta que estamos ante un paciente mayor, que generalmente se cansará pronto, por lo que las tareas y ejercicios deben ser concretos y sencillos. A su vez es muy importante el establecimiento de una adecuada relación empática con el paciente y sus cuidadores, debiendo de realizar un entrenamiento o rehabilitación gradual, según las tareas prefijadas en función del estado del paciente.

- En primer lugar, es fundamental la motivación del paciente, para contrarrestar su inactividad y la preocupación por el miedo a las caídas.

Está claro que no existen palabras mágicas para animar al paciente y que serán las personas que lo atienden, asesorados por los familiares o conocidos, quienes deben intentar que el enfermo desee conseguir de nuevo la autonomía tanto funcional como psicológica. Un aspecto a tener en cuenta, es el hecho de insistir en que sea la propia persona (la que se ha caído) quien potencie al máximo su rehabilitación, ya sea en el centro

de atención o en su domicilio, haciéndole ver que se sentirá mejor delante de sus conocidos si es capaz de encontrarse con ellos sin la necesidad de apoyo protésico o personal, teniendo en cuenta obviamente la capacidad de recuperación de la persona atendida.

- Comenzaremos con la explicación al paciente, de la acción que deberá de llevar a cabo: Por ejemplo, le pediremos que imagine y describa con todo detalle los pasos que componen el caminar desde el lugar en el que se encuentra hasta otra dependencia próxima, con el objetivo de contrarrestar la tendencia a divagar y la falta de concentración, en especial en pacientes depresivos e identificar los posibles obstáculos (conductuales, cognitivos o ambientales) que pudieran impedir su realización.

Esta tarea se irá complicando, para ello se intercalará la realización de ejercicios de desplazamiento, en un principio ayudado por una persona, posteriormente por un bastón o andador y finalmente la persona sola con supervisión. El hecho de llevar a cabo estas tareas demostrará al paciente que puede ser eficaz y capaz de ser autosuficiente.

- Es necesario el proporcionar información continua de sus éxitos, esfuerzos y capacida-

des, rechazando las minimizaciones que haga de sus logros y estimulándole a que se evalúe de forma más realista, valorando los éxitos que va obteniendo. Debemos hacerle consciente de la relación entre el éxito en la tarea y la disminución del sentimiento depresivo, para que asocie el ir caminando con un mejor estado emocional, aspecto sumamente reforzante a la hora de realizar más ejercicios.

- Simultáneamente con estos ejercicios, y como base fundamental de la problemática, deberemos hacer hincapié en la manera de pensar del paciente, en relación con su capacidad de caminar; en general estos pacientes piensan de un modo sesgado en cuanto a sus capacidades y cómo estas influyen en sí mismos y en el futuro. Además su manera de interpretar los acontecimientos contribuyen al mantenimiento del sentimiento de inutilidad y depresión.

Utilizaremos para ello una adaptación de la *técnica de conceptualización alternativa* de Beck, esta se refiere a la búsqueda activa de interpretaciones o soluciones alternativas a los problemas del paciente; se pretende contrarrestar la tendencia de los pacientes a considerar los problemas como irresolubles, por ello, ayudaremos a que el paciente defina de forma clara los

motivos de por qué el caminar le produce miedo y buscaremos con él todas las soluciones posibles, independientemente de que sean factibles o eficaces; a continuación, después de analizar las ventajas y desventajas de cada solución, escogeremos una de ellas, y entre el anciano y el terapeuta planificarán cómo llevarla a cabo.

Esta actividad, como es fácilmente observable se debe realizar mientras se realizan los ejercicios prácticos de caminar con la persona mayor, ejercicios comentados anteriormente.

- Una vez puesta en práctica, se analiza el grado de eficacia obtenido y la necesidad o no de realizar algún tipo de modificación, como puede ser la adquisición de un andador o dejar de utilizar el bastón, pedir ayuda a algún conocido para subir o bajar escaleras, o simplemente conseguir que supere sus miedos y se desplace de manera independiente.

## CONCLUSIÓN

Con esta propuesta de actuación, pretendemos conseguir que desde el momento en que la persona mayor inicie la rehabilitación o el volver a caminar, consiga sobreponerse a sus temores, de modo que la inmovilidad se vea reducida a un mínimo.

Se trata de conseguir por tanto:

- Su correcta recuperación física
  - El evitar las complicaciones inherentes a la inmovilidad
  - La independencia funcional
- El mantenimiento de sus relaciones familiares y sociales
  - Buscamos por tanto, el mantenimiento de la calidad de vida.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Arfken, CL. Lach, HW. Birge, SJ. y Miller, JP; (1994) The prevalence and correlates of fear of falling in elderly persons living in the community; *American Journal of Public Health*; 84, 565-570

Beck, AT. (1983). *Terapia Cognitiva de la depresión*. Bilbao: DDB

Burker, EJ. Wong, H. y Sloan, PD; (1995). Predictors of fear of falling in dizzy and nondizzy elderly. *Psychology and Aging* 10, 104-110

Nevitt, MC. Cummings, SH y Hudes, ES; (1991). Risk factors for injurious falls: A retrospective study. *Journals of gerontology* 46, M 1 64-M 1701

Salvá Casanovas A. (1997). Consecuencias Psicológicas: Síndrome post-caída. En: Lázaro del Nogal, M. (dir) *Evaluación del*

*anciano con caídas de repetición* (pp. 69-76). Madrid: Fundación Mapfre Medicina.

Tinetti, ME. Mendes de León, CF. Doucette, JT. y Baker, DI. (1994) Fear of falling and fall related efficacy in relationship to functioning among community-living elders. *Journal of Gerontological Medicine Science* 49, M 1 40-M 147

Tinetti, ME. Speechley, M y Ginter, SF. (1988); Risk factors for falls among elderly persons living in the community. *New England Journal of Medicine* 319, 1701-1707

Vellas, B. Faisant, C. Lauque, S. Sedeuilh, M. Baumgartner, R. y Andrieux, JM. (1995) Etude ICARE: Investigation sur la chute accidentelle recherche épidémiologique. *L'Année Gériatrique* 9, 423-436