

Original PASEO TERAPÉUTICO: TRATAMIENTO EFICAZ PARA LA PERSONA MAYOR FRÁGIL

THERAPEUTIC WALK: EFFECTIVE TREATMENT FOR THE FRAIL ELDERLY

Autoras Mercedes de Dios Aguado^a, Lidia Martínez Ruiz^b.



Resumen **Objetivos:** identificar el impacto de los Paseos terapéuticos en los participantes, valorar la repercusión de los paseos terapéuticos en las actividades básicas de la vida diaria del paciente, determinar la influencia de los paseos terapéuticos en el equilibrio y marcha. **Métodos:** el estudio se ha realizado con un diseño cuasi-experimental, manteniendo contacto permanente y seguimiento de la información que aporta las personas voluntarias. En este estudio han participado personas voluntarias, el departamento de enfermería del Centro de salud de Yepes de Gerencia de Atención Primaria de Toledo y las terapeutas ocupacionales de Cruz Roja Toledo. **Resultados:** se observa que las personas que completaron el estudio muestran valoraciones significativas en la escala de Barthel y en el Índice de Tinetti, siendo el ítem de transferencias y deambulación que más mejoría se observó. **Conclusión:** una vez concluido el estudio se determina que los paseos terapéuticos consiguen establecer la rutina en la vida de las personas, empoderando y capacitando a la persona.

DeCS Envejecimiento; Voluntariado; Enfermería; Terapia Ocupacional. **Palabras Clave** Fragilidad; Dependencia.

Summary **Objective:** to identify impact of therapeutic walks on participants, to assess the impact of therapeutic walks for basic activities of daily life on patients, to determine the influence of therapeutic walks in the balance and gait. **Methods:** the study has been done with a quasi-experimental design, maintain contact and monitoring information provided by volunteers. In this study volunteers participated, the nursing department from Yepes Health Center of Primary Care Management in Toledo and occupational therapists from Red Cross Toledo. **Results:** we observed that people who completed the study showed significant appraisal in Barthel scale and Tinetti index, being the item of transfers and ambulation where more improvement was observed. **Conclusion:** once the study is concluded, it is determined that therapeutic walks reach to establish the routine in the life of people, empowering and training the person.

MeSH Aging; Volunteers; Nursing; Occupational Therapy. **Keyword** Frailty; Dependency.

Como citar este documento de Dios Aguado M, Martínez Ruiz L. Paseo terapéutico: Tratamiento eficaz para la persona mayor frágil. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2017 [fecha de la consulta]; 14(26): 436-43. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num26/pdfs/original10.pdf>

Lévanos_ Get up_Llévanos



Texto recibido: 24/03/2017 **Texto aceptado:** 28/10/2017 **Texto publicado:** 30/11/2017



Introducción La realización de actividad física a lo largo de la vida aumenta el bienestar emocional y físico de las personas, lo que puede significar que ser activos proporciona una mejora en la esperanza y calidad de vida. La actividad física puede prevenir enfermedades, dependencia y contribuir al bienestar de las personas⁽¹⁾.

^a Enfermera del centro de Salud de Yepes Gerencia Atención Primaria Toledo. Profesora asociada Escuela Universitaria de Enfermería y Fisioterapia de Toledo. Universidad Castilla la Mancha. E-mail de contacto: mded@sescam.jccm.es . ^b Terapeuta Ocupacional Cruz Roja Toledo. E-mail de contacto: Limaru@live.com



La actividad física practicada con regularidad en la edad adulta proporciona los siguientes beneficios⁽²⁾:

- Ayuda a la persona a mantenerse ágil físicamente: Fortalece los músculos mejorando la capacidad funcional, previene la pérdida de masa ósea y disminuye el riesgo de sufrir caídas. Mejora las habilidades motrices, la postura y el equilibrio.
- Mejora las enfermedades crónicas: Facilita el control de los factores de riesgo asociados a enfermedades cardio-vasculares, diabetes tipo 2 y ayuda a mantener un peso saludable.
- Mejora la salud mental: Reduce los síntomas de ansiedad y estrés, mejora el sueño y reduce el riesgo de depresión. Aumenta la percepción de bienestar y ayuda a sentirse más feliz.
- Mejora el bienestar social. Fomenta la sociabilidad, la integración social y aumenta la autonomía, especialmente en personas con discapacidad.
- Mejora la función cognitiva y ayuda a disfrutar de una buena calidad de vida.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) alerta que la inactividad física influye considerablemente en la prevalencia de enfermedades no transmisibles (ENT) y por lo tanto en la salud de la población mundial. Además, pone de manifiesto que la inactividad física, actualmente es el cuarto factor de riesgo de mortalidad en todo el mundo. La recomendación mundial que propone, sobre actividad física en las personas mayores de 65 años con enfermedades crónicas, es realizar 30 minutos de actividad física moderada, cinco veces a la semana, (ejemplo un paseo diario); siendo su objetivo prevenir las ENT en el conjunto de la población⁽³⁾.

El término fragilidad surgió hace varias décadas y se ha convertido en un concepto fundamental en geriatría. Fragilidad es un estado de pre-discapacidad y predice el riesgo de desarrollar dependencia desde una situación de limitación funcional incipiente. La inactividad es un elemento nuclear en el desarrollo de la fragilidad, luego las intervenciones centradas en promover la actividad física han demostrado ser eficaces para retrasar e incluso, revertir la fragilidad y la dependencia⁽⁴⁾.

La esperanza de vida en España es una de las más alta del mundo, sin embargo, conseguir años de vida, manteniendo la autonomía y la independencia a medida que se envejece, es el verdadero reto. Combatir la inactividad en cualquiera de las etapas de la vida es invertir en salud, pero reducir el sedentarismo en los mayores de 65 años es proporcionarles calidad de vida. En este sentido es fundamental la actuación de los profesionales socio-sanitarios en la búsqueda de estrategias para que las personas mayores comprendan y reconozcan la importancia de la actividad física para la conservación de la capacidad funcional⁽⁵⁾.

En los años 90 la OMS acuñó el término de envejecimiento activo, este término comprende el mantenimiento de una buena capacidad funcional, tanto física como cognitiva. El hecho de vivir más tiempo implica que el estilo de vida asumido condiciona el estado socioemocional, la salud y el equilibrio psicológico de cada individuo. A partir de las recomendaciones de la OMS se resalta la importancia de la adopción de una perspectiva integral que fomente la capacidad funcional de los individuos⁽⁶⁾.

La prescripción del ejercicio y el asesoramiento para su realización es necesario para que dicha actividad se adapte de forma individual a las condiciones personales de cada persona en función de su edad⁽⁷⁾.

La actividad física de paseos terapéuticos puesta en marcha en el año 2011 en el centro de Salud de Yepes (Toledo), junto con una Organización de voluntariado de reconocido prestigio social, como es la Cruz Roja, es acorde con las recomendaciones y prioridades recogidas en el Plan Director de Atención a la Cronicidad de Castilla la Mancha

A parte de los beneficios que genera el ejercicio físico en el estado de salud de las personas mayores, la práctica regular de una actividad física acompañado de otras personas, favorece la interacción social y reduce el aislamiento y la soledad de la persona⁽⁸⁾.



En la bibliografía especializada no se ha encontrado ningún proyecto, estudio o artículo con las características del paseo terapéutico. Para el estudio se marcan los siguientes objetivos:

Objetivos generales:

1. Identificar el impacto de los Paseos terapéuticos en los participantes.

Objetivos específicos:

2. Valorar la repercusión de los paseos terapéuticos en las actividades básicas de la vida diaria del paciente
3. Determinar la influencia de los paseos terapéuticos en el equilibrio y marcha.

Métodos

Hipótesis

La hipótesis que se plantea es, a través de los paseos terapéuticos, se previene la discapacidad y se obtiene una mejora calidad de vida.

Diseño del estudio

El estudio se ha realizado con un diseño cuasi-experimental (estudio antes-después), llevándose a cabo en el periodo comprendido entre septiembre de 2011 a marzo de 2016.

La permanencia en la actividad de paseos terapéuticos, lleva implícito acudir a la consulta de enfermería para realizar las revisiones periódicas de salud. Las modificaciones y cambios en las cifras de tensión, glucosa y peso (factores de riesgo cardiovascular), saturación de oxígeno y frecuencia cardiaca, aparecen registrados en la historia clínica de cada paciente dentro de sus parámetros clínicos.

Para obtener los resultados del estudio se usaron las escalas de:

1. Índice Barthel: recoge 10 apartados, 8 grupos de actividades (alimentación, lavado, vestirse, aseo personal, uso de retrete, transferencias del cuerpo, deambulación y dificultad para subir y bajar escaleras) y dos funciones corporales deposición y micción. La escala varía entre 100 (independiente) y 0 (dependencia máxima)^(9,10), por tanto, valora la capacidad funcional del participante para realizar las actividades básicas de la vida diaria y por tanto su grado de dependencia.
2. Test de Tinetti: está formado por dos subescalas, una de equilibrio y otra de marcha. La primera se compone de 9 tareas, con un valor máximo de 16 puntos. La segunda está formada por 7 tareas, con una puntuación máxima de 12. Así, puntuaciones inferiores a 19 indican un alto riesgo de caídas y puntuaciones entre 19 a 28 (máxima puntuación del test), un bajo riesgo de caídas⁽¹¹⁾.

La variable dependiente es el grado de dependencia de los pacientes. Para ello se realiza una valoración inicial o pre-test, con las escalas descritas y se determinará el grado de dependencia inicial, así como el equilibrio y la marcha, y un post-test o reevaluación de las escalas al año del inicio de la actividad donde se observará la mejoría o no de los pacientes con relación a su grado de dependencia inicial, el equilibrio y la marcha. El análisis estadístico del estudio se realizó con el paquete SPSS-PC, mediante comparación de medias para un error tipo I y probabilidad Alfa de $P < 0,05$ y hipótesis nula de igualdad.

Como variable independiente el experimentador usará los paseos terapéuticos para mantener las actividades básicas de la vida diaria (higiene personal, vestirse, comer etc.), fomentar la actividad física en el paciente y mejorar las relaciones sociales.

Procedimiento

Desde el inicio de la experiencia de paseos terapéuticos, los profesionales sanitarios son quienes recomiendan a sus pacientes participar en dicha actividad física.

Para la elección de los participantes en el estudio, se preguntó a toda las personas mayores y se siguieron los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:

- Persona mayor de 65 años que necesite pasear para mejorar su salud, comprometida en ese momento por alguna patología o circunstancia que haga a esta vulnerable, insegura



para caminar y/o dependiente debido a su fragilidad.

- Disponer de una red de apoyo social y familiar social y solida
- Aceptar las recomendaciones de paseo seguro prescrito por el terapeuta ocupacional y utilizar el producto de apoyo recomendado para realizar una marcha segura

Criterios de exclusión:

- Persona usuaria de silla de ruedas
- No aceptar el número de paseos semanales (2 por semana). El horario se consensua con la persona voluntaria

Una vez que la persona acepta ser incluida en la actividad, los profesionales del centro de salud se ponen en contacto con el terapeuta ocupacional de Cruz Roja, siendo a partir de ese momento cuando se concierta la primera visita con el participante y su familia, fijándose una fecha que convenga a todos los intervinientes. A esta cita acudirán el terapeuta de Cruz Roja, el personal de enfermería de la zona básica de salud, los dos voluntarios que Cruz Roja asigne a la persona, la familia y el propio participante; la primera visita se realiza in situ en el domicilio del participante. En este primer contacto se valora la marcha y el equilibrio, los productos de apoyo que utiliza la persona para sus desplazamientos y se analizan las barreras arquitectónicas de la casa; además se consensua día de paseo, hora, periodicidad del mismo, así como la distancia máxima que recorrerá y los descansos. En la entrevista se pasan las escalas de valoración anteriormente citadas.

La persona siempre realizará la actividad acompañada por 2 voluntarios de Cruz Roja y para tal fin irán perfectamente identificados, lo que permite realizar el paseo sin interrupción y a la vez garantiza la seguridad de la persona durante la actividad. Cada mes los voluntarios comunican al terapeuta ocupacional de Cruz Roja las incidencias, los imprevistos y los días que se ha llevado a cabo el paseo terapéutico, siguiendo la metodología interna de Cruz Roja. Todas las personas que participaban en el proyecto tenían que ser acompañadas hasta que se mejorará los resultados de las evaluaciones realizadas por la terapeuta ocupacional y la enfermera.

Cuando los voluntarios detectan en el usuario alguna modificación o aspecto que sea relevante para el desarrollo programado de la actividad, esta información la pueden poner en conocimiento del personal del centro de salud o del terapeuta ocupacional de Cruz Roja.

Durante el desarrollo de la actividad la comunicación del centro de salud y Cruz Roja es fluida, manteniéndose informados permanentemente de los incidentes que surjan en el desarrollo del proyecto.

Sí no existe ningún cambio de especial relevancia al participante se le revalúa una vez al año, a través de las escalas de Tinetti y Barthel. Sin embargo, cuando la información que transmiten los voluntarios o los familiares sobre el usuario es relevante, se alerta de inmediato al centro de salud y los profesionales sanitarios valoran la persona en él día.

Población de referencia y estudio

Para controlar la aparición de variables confusoras se mantiene contacto permanente y seguimiento de la información que aporta el equipo de voluntariado acerca de la realización de la actividad por las personas participantes. De esta manera se identifica a aquellas personas que no realizan de forma adecuada la actividad, siendo excluidas de la experiencia, aunque mantienen el apoyo de un voluntario y participan en otras actividades llevadas a por Cruz Roja en el área de mayores.

La muestra se acotó a 8 participantes que en el momento de realizar el estudio habían completado al menos un año de participación en la actividad y habían sido reevaluados.

De la muestra seleccionada el 75% son mujeres y todas las personas son mayores de 80 años. El 60% aproximadamente no realizan actividades y el resto actividades esporádicas. Otro dato relevante ha sido la utilización de los productos de apoyo, ya que un 67% de la muestra utiliza andador, (ver figura 1). El motivo de derivación ha sido el síndrome de fragilidad (descrito en la introducción del estudio) junto a otras enfermedades (ver figura 2).



A lo largo del desarrollo de la actividad se ha sufrido una mortandad experimental progresiva (24 participantes causaron baja antes de completar el estudio), pero esto no ha causado problemas a la hora de desarrollar el proyecto. Los motivos de las bajas han sido:

- No adaptación a la actividad: 7 personas rechazaron caminar en compañía, 2 participantes rechazaron la actividad por ser el voluntario de sexo contrario al participante del programa.
- Por utilizar al voluntario como compañía sin salir del domicilio 3 usuarios.
- No aceptar las recomendaciones de paseo seguro prescritas, 2 personas
- Por presiones familiares, 1 usuario. La actividad se abandonó aún a pesar de estar perfectamente adaptada la persona y observar la familia una mejoría de la salud del participante.
- La reagudización de la patología fue el motivo para que 4 personas finalizarán su actividad.
- Exitus en 7 casos; sin embargo, estos participantes realizaron su paseo diario hasta el final de sus días.
- No firmar el consentimiento informado

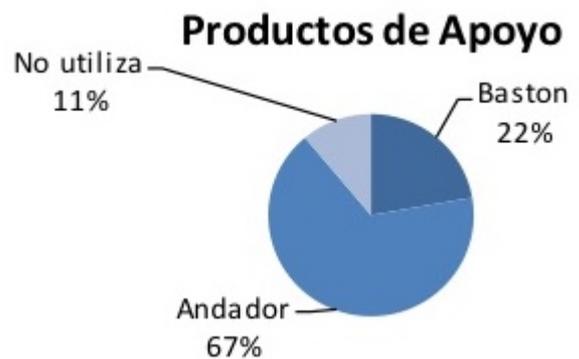


Figura 1. Productos de apoyo (Elaboración propia, 2017).

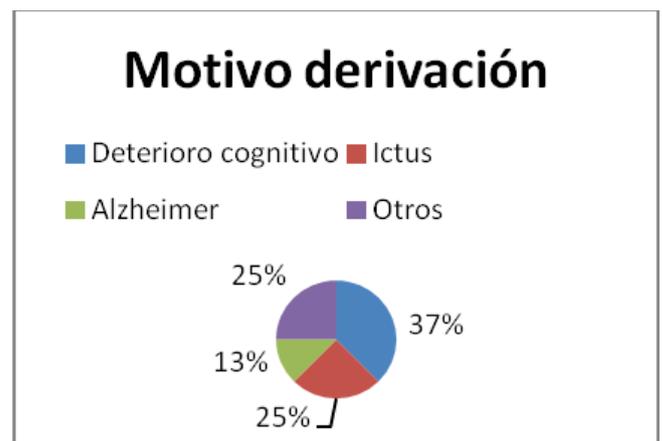


Figura 2- Motivo de derivación. (Elaboración propia, 2017)

Aspectos éticos de la investigación

Este trabajo de investigación no tiene informe de comité de ética, pero se siguieron las recomendaciones de los principios éticos de la declaración de Helsinki. Además, todos los participantes fueron informados y tuvieron la posibilidad de revocar su participación en cualquier fase del estudio. En esta misma línea se ha respetado el anonimato y confidencialidad de todos los participantes en el estudio, atendiendo a la ley orgánica 15/1999 de protección de datos de carácter personal.

Resultados

Una vez analizada la información y la documentación disponible, se observa que 7 de los 8 participantes que completaron el estudio, muestran variaciones significativas al cumplimentar por segunda vez la escala de Barthel, esta diferencia osciló entre 5 y 20 puntos con la excepción de una usuaria que mantuvo la puntuación en ambas valoraciones. La media en la escala de Barthel al inicio de la actividad fue de 60.62, entendiéndose como dependencia moderada, en tanto que la puntuación media en esta escala después de un año de tratamiento se incrementa hasta 75, obteniéndose una diferencia de medias de 14.38 puntos; (IC 95% 5,31-23,43; p=0,007) mejorando su independencia en las transferencias, deambulación (la mayoría de las personas deambulaban sin producto de apoyo) y vestido, reduciendo así la sobrecarga de la persona cuidador, tal y como muestra la figura 3.

Al analizar los datos aportados por la escala de Tinetti se comprobó que los usuarios consiguieron una mejor puntuación en la segunda valoración, la diferencia osciló entre 4 y 13 puntos con la excepción de dos usuarias que mantuvieron la misma puntuación en las dos valoraciones. La media en la escala



de Tinetti al inicio de la actividad fue de 13.62, en tanto que la puntuación media en esta escala después de un año de tratamiento se incrementa hasta 17.75, obteniéndose una diferencia de medias de 4,12 puntos (IC 95% 0,26-7,98; $p=0,039$). Tal y como se refleja en la figura 4, las personas mejoran la velocidad de la marcha, aumentando su longitud de paso, el balanceo de los brazos y coordinación de movimientos.

Durante el desarrollo del paseo terapéutico se pregunta de forma periódica al cuidador principal sobre la actividad y el beneficio que esta representa para él, todos valoran de forma positiva a los voluntarios de Cruz Roja, manifestando que el paseo les proporciona un respiro en sus obligaciones como cuidador.

En las ocasiones que después de varios meses la actividad ha cesado por diversos motivos, los voluntarios han experimentado un proceso de duelo y han necesitado un tiempo de descanso antes de reincorporarse de nuevo a la actividad. En dos ocasiones siguieron en contacto con la familia y el participante, aún a pesar de estar desarrollando el paseo terapéutico con otra persona distinta.

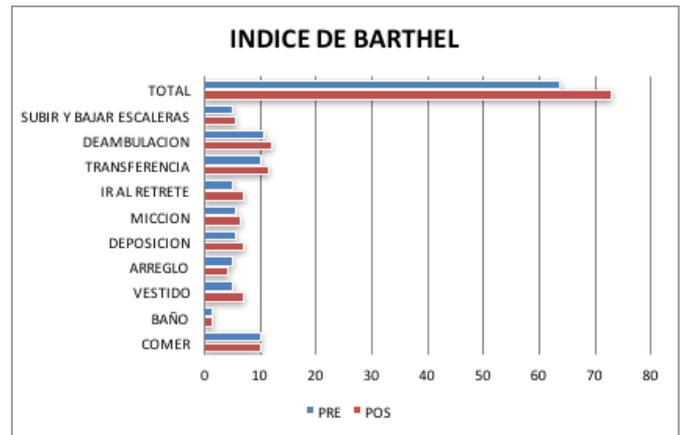


Figura 3 Índice Barthel. (Elaboración propia, 2017)

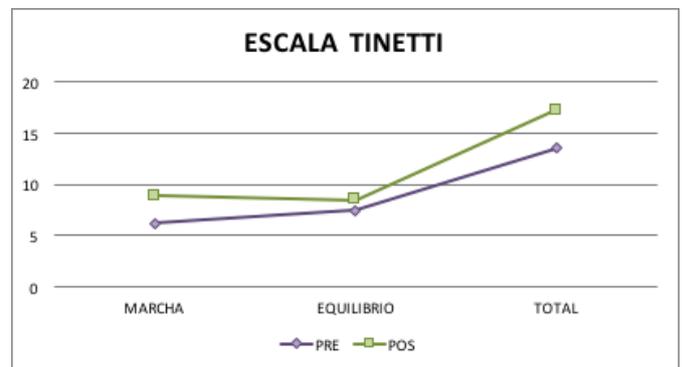


Figura 4. Escala Tinetti (Elaboración propia, 2017)

Discusión

Tras el análisis de la escala de Barthel, los resultados corroboran las observaciones de los profesionales en sus consultas, con relación al autocuidado el paciente, cuando acude a sus revisiones de salud, en todos ellos se aprecia un cuidado personal minucioso, una predisposición para hablar con los vecinos, sienten alegría al reencontrarse con sus allegados en el centro de salud y además se aprecia una mejora significativa en su comprensión verbal.

Se analizaron las variaciones en la escala de Tinetti y los datos corroboran las apreciaciones de los profesionales durante la consulta, el paciente presenta una mayor estabilidad, mejor coordinación de sus movimientos siendo su marcha segura y rápida; el paciente está más ágil. Por otro lado, en todos los usuarios cuando fueron re-evaluados se pudo comprobar que habían aumentado su seguridad en la actividad y algunos familiares comentaron que incluso el usuario recorría una pequeña distancia de forma autónoma, los días que no estaba programado el paseo, situación que antes de la actividad era impensable.

Los responsables de la actividad observan que los participantes y voluntarios que más tiempo han permanecido en la experiencia de paseos terapéuticos desarrollan entre ellos una relación muy sólida, esta perdura en el tiempo, aunque por múltiples causas alguno haya abandonado la actividad. El participante y los voluntarios asignados para realizar el paseo terapéutico son los mismos durante el periodo que dure la actividad (salvo incidencias que lo desaconsejen), este hecho hace que se genere una relación muy estrecha entre ellos y por sus características definitorias podemos denominarla vínculo. Se define vínculo a la unión o a la relación entre las personas; por tanto, el vínculo es un hecho que se produce en todos los grupos y forma parte de los ciclos que vive cualquier colectivo. Para que se genere la relación y perdure en el tiempo, es necesario que el voluntario conozca cuales son las características del paseo prescrito a la persona



asignada y que se espera de él, así como que el participante conozca que los voluntarios ofrecen su tiempo libre y sus ganas de ayudarlo de un modo desinteresado. Conociendo estas premisas el participante se compromete aún más con la actividad y los tres inician el paseo motivados, con ganas de pasar un rato agradable, sin generar sufrimiento y alcanzando el objetivo planteado.

El registro de las emociones en la historia clínica del paciente con relación a la actividad de paseos terapéuticos es una tarea ardua y muy difícil de llevar a cabo, por tanto, al no quedar totalmente reflejadas estas intervenciones, no se tiene constancia de ellas y no logran un reconocimiento por parte de los profesionales; estas actividades se podrían ajustar al concepto de cuidados intangibles, convirtiéndose a su vez en cuidados invisibles. Sin embargo, requieren una mayor involucración del profesional de enfermería y por lo tanto se pueden considerar como un trabajo añadido, pero en múltiples ocasiones por desconocimiento de su valor, permanecen a la sombra de las acciones técnicas. No obstante, lo que para algunas personas carece de importancia no significa que sea así para la familia y el usuario del programa de paseo terapéutico, ellos si visibilizan estos cuidados debido a que les mejora su calidad, siéndoles reconfortantes. Tanto es así que una vez que la persona se adaptada al paseo, espera con impaciencia, ilusión y deseo que lleguen los voluntarios para comenzar a caminar y siempre está predispuesta a realzar con ellos la actividad y cuando por alguna causa inesperada los voluntarios no pueden acudir al domicilio para realizar el paseo programado, es entonces cuando el usuario demanda la actividad, pregunta por los voluntarios, les echa en falta y se siente molesto e incluso se enfada al no poder realizar su paseo programado.

Conclusión

Pasear permite al usuario aumentar la movilidad y acudir al centro para realizar las revisiones periódicas de salud, por tanto, esto facilita que la persona vivencie la actividad como una mejoría en su vida, ya que no permanece todo el día *"en bata y zapatillas"*, consiguiendo un equilibrio ocupacional.

Los paseos terapéuticos consiguen establecer una rutina diaria en la vida de los usuarios, al realizar el ejercicio físico le permite estar ocupado olvidando temporalmente sus problemas de salud. Además, para salir a la calle la persona tiene que arreglarse lo que le permite mejorar su imagen personal y potenciar las relaciones sociales.

Desarrollar intervenciones terapéuticas centradas en la actividad física, es reducir el sedentarismo en cualquier etapa de la vida, pero en los mayores de 65 años es actuar directamente sobre la inactividad, elemento nuclear en el desarrollo de la fragilidad. El paseo a través de la participación del voluntariado ofrece un apoyo informal al usuario y ha logrado prevenir la dependencia en los usuarios del programa, les proporciona días libres de discapacidad y llenos de autonomía e independencia.

El vínculo tan sólido que establecen el usuario, la familia y los voluntarios de Cruz Roja al mantener la actividad en el tiempo, produce una situación de pérdida comparable con el duelo cuando por el motivo que sea finaliza la actividad.

Tras el análisis de los resultados se confirma de forma clara la hipótesis de que el paseo terapéutico mejora la calidad de vida de las personas y previene la dependencia en los participantes del estudio.

Agradecimientos

La investigación no ha recibido financiación ni tiene ningún conflicto de intereses. La puesta en marcha de los paseos terapéuticos, fue posible gracias la estrecha colaboración entre el personal sanitario del Centro de Salud y el personal de la asamblea local de Cruz Roja en Toledo. Sin embargo, los voluntarios de Cruz Roja de Yepes son la pieza fundamental del proyecto por su compromiso, esfuerzo y dedicación, sin ellos los paseos terapéuticos no se podrían llevar a cabo. Estas líneas pretenden agradecerles su labor y reconocerles su humanidad.



Referencias bibliográficas

1. Valbuena J, Fernández M. La actividad física en las personas mayores: implicaciones físicas, sociales e intelectuales. Madrid: CCS; 2007.
2. Actividad Física para la Salud y Reducción del Sedentarismo. Recomendaciones para la población. Grupo de trabajo conjunto del sector sanitario con el sector deportivo, en el marco de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud. Madrid 2015. [citado el 8 de Nov. de 2016] Disponible desde: http://www.adenyd.es/wp-content/uploads/2015/07/NOTICIA_Recomendaciones_activfisica_para_la_salud_0.pdf
3. World Health Organization. Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud. Geneva 2010. [citado el 8 de Nov. de 2016]. Disponible desde: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44441/1/9789243599977_spa.pdf
4. Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor. Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud. Madrid 2013. [citado el 8 de Nov. de 2015] Disponible desde: http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/FragilidadyCaídas_personaMayor.pdf
5. Menéndez Montanes MC, Brochier Kist RB. La actividad física y la psicomotricidad en las personas mayores: sus contribuciones para el envejecimiento activo, saludable y satisfactorio. Textos & Contextos. 2011; 10 (1): 179-92
6. World Health Organization. Transmisibles GODEN, Mental S. Envejecimiento activo: un marco político. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2002; 37(S2):74-105. [citado el 8 de Nov. de 2016] Disponible desde: http://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/vejez/oms_envejecimiento_activo.pdf
7. Vallbona C, Salleras L. Consejo y prescripción de ejercicio. Med Clinica (Barc). 1994; 102 (1): 100-8
8. Fernández Ballesteros R. Calidad de Vida en la vejez: condiciones diferenciales. Barcelona: Universidad de Barcelona; 1997.
9. Las representaciones sociales sobre la salud de los mayores madrileños. Quinta monografía del Programa de Investigación del "Sistema de Indicadores de Salud de carácter Sociocultural. Comunidad de Madrid Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Madrid 1997. [citado el 8 de Nov. de 2016] Disponible desde: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3D18+Representaciones+ Sociales+ Salud+ Mayores.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DPortalSalud&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1202779048352&ssbinary=true>
10. Baztán JJ, Pérez del Molino J, Alarcón T, San Cristóbal E, Izquierdo G, Manzarbeitia I. Índice de Barthel: instrumento válido para la valoración funcional de pacientes con enfermedad cerebrovascular. Rev Esp Geriatr Gerontol. 1993; 28: 32-40.
11. Tinetti ME, Williams TF, Mayewski R. Falls risk index for elderly patients based on Lumber of chronic disabilities. Am J Med 1986; 80: 429-34.

Lévanos_ Get up_ Lévanos



Derechos de autor

