

alimara

COL·LECCIÓ IMAS

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Núm. 65. Juny 2022

ISSN: 2659-5273

Experiències i bones pràctiques

El model de rehabilitació de la residència Bonanova

Olga Romero Beiro

Katia San Sebastián Fernández

Residència la Bonanova
Direcció Atenció Sociosanitària
Institut Mallorquí d'Afers Socials

 IMAS
Departament de
Drets Socials
Consell de Mallorca



Universitat
de les Illes Balears



El contingut de la REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Resum

Mitjançant un treball complementari, fisioterapeutes i terapeutes ocupacionals s'uneixen per desenvolupar una tasca de millora de la qualitat de vida, en aquest cas, de les nostres persones majors, en concret, de les que viuen a la Residència Bonanova. Aquestes disciplines componen l'equip de rehabilitació i, mitjançant tècniques i processos per a molts desconeguts, treballen amb l'objectiu de mantenir el millor estat físic, social i cognitiu de les nostres i els nostres residents.

Paraules clau

Rehabilitació, models, gent gran, residències.

1. Introducció

Gràcies al treball de l'equip de rehabilitació, format per teràpia ocupacional i fisioteràpia, en coordinació amb els altres departaments, se cerca convertir les residències de gent gran en un entorn ocupacional participatiu, familiar i significatiu per als nostres i les nostres residents i no un lloc on esperar el final de la vida. Per a això, aquestes persones majors s'han de realitzar, s'han d'involucrar i gaudir del seu dia a dia.

L'èxit d'aquest col·lectiu en les activitats de la vida diària (AVD) possibilita s'ocupin en altres àrees com l'oci i la participació social. La mobilitat funcional, dins de l'àrea de les AVD, és l'activitat a la qual els i les residents atorguen major importància en la seva vida quotidiana, ja que permet la deambulació i, per tant, una autonomia major, a més de reduir les possibles limitacions existents en l'entorn; sense oblidar-nos que possibilita el contacte interpersonal.

Les persones residents en institucions geriàtriques presenten problemes que requereixen l'atenció bàsica de la salut, per la qual cosa es considera d'extrema importància la necessitat de desenvolupar models d'intervenció que promoguin l'autocura, la independència i l'autonomia.

2. Objectius

- Descriure breument l'ocupació en la vellesa.
- Descriure el treball que desenvolupen els serveis de teràpia ocupacional i fisioteràpia a la residència.
- Descriure el programa de psicomotricitat que realitza el departament de rehabilitació i la seva posada en marxa.
- Descriure la importància del departament de rehabilitació dins de l'equip assistencial.

3. Ocupació en la vellesa

Les persones grans són una part de la població especialment sensible a la disfunció ocupacional. Aquesta pèrdua de la capacitat per desenvolupar els seus rols ocupacionals, en la persona anciana, presenta algunes particularitats que la distingeixen d'altres etapes vitals.

El procés d'envelliment comporta l'aparició d'una fragilitat ocasionada per la disminució de la reserva fisiològica de l'organisme i pels canvis en els sistemes anatòmics i fisiològics, que és suficient per provocar un principi de deteriorament funcional i, si continua, porta la persona a una situació de vulnerabilitat que requereix la utilització de serveis socio-sanitaris. Si les necessitats no són cobertes, es produeix la dependència que, amb posterioritat, pot portar a la institucionalització.

És l'envelliment natural mateix el que produeix les primeres conseqüències funcionals en la vida d'aquest col·lectiu. Existeix una major facilitat per emmalaltir que en altres grups d'edat i, per tant, major probabilitat per afectar o deteriorar el desenvolupament d'ocupacions en diferents aspectes. A conseqüència d'aquesta vulnerabilitat a la malaltia, es produeix, de manera habitual, un grup d'actituds per part dels cuidadors principals, familiars i fins i tot professionals, que es caracteritza com la tendència a la sobreprotecció que limita la participació de la persona gran en les seves rutines, ocupacions i AVD.

Un altre aspecte ressenyable, i que marca la vellesa com a etapa vital especialment susceptible de presentar problemes per desenvolupar ocupacions, és conseqüència del desenvolupament i la millora de l'atenció socio-sanitària als països desenvolupats, que ha reduït la mortalitat i que, sumats a l'augment de l'esperança de vida, han incrementat la discapacitat en els col·lectius de població més envellits.

La jubilació és també un aspecte psicosocial que es veu afectat en desenvolupament vital d'ocupacions d'aquelles persones que han duit a terme al llarg de la seva vida una tasca laboral. Suposa un canvi de cicle en el qual sorgeix una nova organització del temps, la modificació

d'hàbits i el canvi de rols en els quals disminueixen en múltiples ocasions les relacions socials. A més, apareix de manera freqüent una pèrdua d'identificació personal i una reestructuració de les relacions familiars.

També molt freqüentment en la persona anciana apareix la tendència a l'aïllament social i a la soledat, a causa de pèrdues de contactes socials, independència dels fills o la mort del cònjuge, fets que ocasionen una pèrdua o canvi de rols i que modifiquen l'acompliment de les seves activitats quotidianes.

L'enquesta sobre les condicions de vida de la gent gran desenvolupada per l'IMSERSO l'any 2006 reflecteix la pèrdua de capacitat anteriorment esmentada per desenvolupar ocupacions en aquestes persones. La prevalença de la discapacitat i la dependència s'accentuen notablement segons es van complint anys i s'incrementen també la gravetat dels problemes; l'edat és, per tant, un altre factor determinant. Entre els 65 i 74 anys, només un 11,8% dels espanyols tenen dificultats per dur a terme alguna activitat, però puja al 66,7% entre els d'edat més avançada (85 i més anys): dos de cada tres necessiten ajuda per mantenir una certa autonomia. Es comença a tenir problemes en les activitats més complexes i s'acaba tenint-ne en les més simples. Els principals desavantatges apareixen en les activitats instrumentals, entre aquestes les de mobilitat exterior a la casa (utilitzar transport públic, anar al metge o fer compres). Finalment, apareixen les dificultats en les activitats necessàries per a l'autocura i per al manteniment de l'autonomia personal. Aquests problemes sorgeixen a edat més avançada i solen ser els més greus, els que requereixen ajuda freqüent o contínua i, de vegades, és el senyal per plantejar-se una institucionalització si els recursos informals i els formals a domicili no són suficients.

Les persones grans han crescut en un ambient en què el treball era l'únic mitjà i fi de les seves vides. Per a les persones de 65 anys o més, el temps lliure és una qüestió menys important en les seves vides que per a la resta, però, són les que més en disposen. El grup dels majors és el que en menor percentatge valora el temps lliure com a molt important, sent la mitjana de 7,28 la xifra més baixa de tots els trams d'edat. Un aspecte especialment cridaner i que es reflecteix en totes les activitats recollides sota l'epígraf d'oci i temps lliure és el baix índex de participació. Les persones per a les quals l'oci té una menor importància són les dones, els octogenaris i les persones en situació de dependència.

4. Departament de Teràpia Ocupacional

Està format per una terapeuta ocupacional (TO) i una tècnica en cures auxiliars d'infermeria.

Segons la Federació Mundial de Terapeutes Ocupacionals (WFOT) "*la Teràpia Ocupacional és una professió que s'encarrega de la promoció de la Salut i el Benestar a través de l'ocupació*".

L'objectiu de la teràpia ocupacional és ajudar el pacient a millorar la seva autonomia en les tasques de la vida diària, i assistir i donar suport al seu desenvolupament cap a una vida independent, satisfeta i productiva. Els terapeutes ocupacionals disposen dels coneixements adequats i professionals per ajudar les persones que pateixen algun tipus de patologia. També fomenten el desenvolupament i l'optimització de les seves capacitats.

Segons el Col·legi de Terapeutes Ocupacionals, la teràpia ocupacional en geriatría es pot abordar des de diferents enfocaments:

- Preventiu: aquell que fomenta la prevenció de les malalties.
- Adaptador: aquell que ajuda les persones amb limitacions a viure amb normalitat.
- Recuperador: aquell que ajuda els ancians a rehabilitar-se d'algun tipus de malaltia o mal.

D'aquesta manera, la teràpia ocupacional es considera fonamental en les persones grans. No només els ajuda a dur a terme les seves activitats de la vida diària, sinó que a més, retarda el deteriorament físic i cognitiu. De la mateixa manera, té un paper important en la integració dels més grans en la vida social.

Per tant, el terapeuta ocupacional funciona com un eix clau en la vida de la gent gran. Ajuda les persones majors a crear moltes experiències positives. A més, treballen per aconseguir metes que continuen sent molt importants per a ells.

Les residències de majors són centres on aquesta disciplina cobra un paper especial. Allà els i les més grans resideixen de manera temporal o permanentment, i el seu principal objectiu és la cura de la seva salut, sempre cercant millorar-ne les capacitats, tant físiques com mentals.

Els terapeutes ocupacionals valoren les necessitats de cada resident, després planifiquen les cures adequades en cada cas, porten un control del desenvolupament de cada major i executen aquelles activitats que ajuden aquestes persones a portar una vida saludable.

Tot seguit es destaquen els programes que es duen a terme.

Entrenament i adaptació de la higiene, transferències, vestit i alimentació. El programa està dirigit a aquells usuaris que, per causes de salut, veuen interrompuda la realització o participació en les AVD i se'n requereix un entrenament i/o l'adaptació de l'entorn i/o els materials perquè puguin tenir el major grau d'autonomia i participació possible.

La terapeuta ocupacional identifica com la persona gran agafa i usa els objectes amb aquesta finalitat: com s'ensabona, com s'aclareix i com s'eixuga les parts del cos. També observa com manté la posició durant el bany o la dutxa i la realització de transferències a cadascuna de les superfícies que siguin necessàries (banyera, dutxa, bidet). La terapeuta ocupacional pot ajudar la persona gran a seleccionar correctament els objectes i materials que ha d'utilitzar (com ara gel, xampú, esponja, mànec de la dutxa, etc.), tenint en compte els hàbits previs del pacient. Així mateix, pot dotar de destreses mitjançant l'ús

d'estratègies i la proposta d'altres dispositius externs per a la independència durant el bany o la dutxa. Després d'aquesta observació *in situ*, la TO pot ajudar mitjançant la col·locació d'una cadira graduable en alçada al bany per a un correcte manteniment de la postura i evitar caigudes. Recomanaria aquest dispositiu a la persona gran i l'entrenaria per a col·locar-lo i utilitzar-lo bé. També pot proposar la col·locació de baldes situades en espais concrets al seu abast per a la col·locació dels diferents materials: gel, xampú, esponja, etc. Una altra intervenció de la TO va dirigida a l'ensenyament d'estratègies durant diverses sessions perquè aprengui a eixugar-se i ensabonar-se l'espatlla i els peus amb una ajuda tècnica. Informa la persona major, a més, de les postures corporals amb més risc amb l'objectiu de prevenir accidents o caigudes. Aquesta intervenció fomenta la independència en el bany i no es necessita l'ajuda i/o presència d'una altra persona. I, a més, preveu possibles complicacions, com possibles llenegades i caigudes. L'activitat d'higiene personal i netedat és complementària a l'activitat de bany.

Prescriure estris adaptats com raspalls amb mànec més gros o pinces llargues per tallar les ungles, també forma part de la intervenció ocupacional per incrementar el grau d'autonomia i bon acompliment en aquestes activitats.

Una altra funció de la terapeuta ocupacions és estructurar temporalment les activitats que la persona gran ha de realitzar al llarg del dia per integrar les vegades que ha d'anar al bany segons la tècnica d'entrenament vesical escollida per l'equip d'infermeria.

En el departament de teràpia ocupacional es valora l'existència de limitacions en els components neuromuscular i cognitiu que puguin dificultar una correcta higiene del vàter. Posteriorment a aquesta exploració, la intervenció ocupacional es basarà fonamentalment en l'entrenament funcional per al manteniment de l'equilibri i la transferència al vàter, assolir l'amplitud articular suficient per al maneig d'objectes i neteja higiènica, i la pràctica motriu en el maneig de colostomies i catèters si fos necessària.

En el vestit, entraria la capacitat de la persona major per seleccionar la roba i els accessoris apropiats per al moment del dia en què es troba, el clima i l'ocasió. Inclou també que aquesta seleccioni la seva roba, realitzi l'acció de vestir-se i desvestir-se de manera seqüencial, s'ajusti i es cordi les sabates i es posi o llevi els dispositius personals, pròtesis o ortesis. Es valora quins components (sensoriomotors, cognitius o ambientals) de processament i comunicatius es troben afectats en el pacient i li impedeixen dur a terme amb èxit l'activitat del vestit. Cal, després d'una exploració adequada, una intervenció correcta per recuperar els components afectats, ja siguin sensoriomotors (coordinació, força muscular, sensibilitat i rang articular, entre d'altres). Se li ensenyen diferents estratègies perquè es pugui vestir i desvestir fent un canvi de dominància i entrenant noves tècniques. També s'adapten les peces de vestir i se substitueixen els botons per tancadors i veta adherent. S'ofereix la utilització d'algunes ajudes tècniques per al vestit i, posteriorment, se li ensenya com usar-les: calçadors llargs, cordabotons,

dispositius per a les calces, etc. Per últim, s'assegura que és capaç de percebre els riscos i adoptar la posició correcta per no perdre l'equilibri.

En l'alimentació, si requereix coberts adaptats, estovalles antilliscants, canya antireflux, etc.

Ortesi. Adreçat als usuaris i les usuàries del nostre centre que requereixen una fèrula de posicionament per evitar deformitats o agreujament de seqüeles de la seva malaltia.

La majoria són fèrules seriadades o de posicionament, que redueixen el mal tant de manera passiva com en la higiene d'aquestes estructures i prevenen l'escurçament muscular i el que això suposa. Es creen de manera individual a través de la confecció amb termoplàstic.

Economia articular. Adreçat a usuaris que presentin patologies cròniques d'extremitat superior, especialment a la mà. S'educa amb exercicis de manteniment i prevenció, així com amb estratègies per evitar sobrecàrregues o productes de suport que facilitin seguir realitzant tasques significatives per a les persones.

Es realitzen exercicis per a la rigidesa matinal, es col·loquen elements segons el seu ús i pes, i es fan més gruixats els elements per on s'agafen els objectes com en les claus, el mànec de la pinta, ús de dosificadors, etc.

Entrenament funcional. A través d'activitats propositives, és a dir, que tinguin un significat per a la persona i la repetició de les quals millora aspectes de la seva participació.

En sala es treballen components de l'acompliment tals com els rangs articulars necessaris per al vestit, la coordinació fina per a vestir-se o alimentar-se, la bipedestació per a transferències, equilibri, etc.

Amb tasques i activitats com el caragolament de pernys, la investigació d'objectes de mides diferents, l'escriptura de paraules en bipedestació, el transport d'objectes, la manipulació de materials, etc., es gradua la tasca a través de la postura (en bipedestació o en sedestació), els abastaments, la mida o el nombre de peces, la complexitat de l'activitat i el pes i/o el temps, entre d'altres.

Cadires de rodes i material ortoprotètic. S'avalua la necessitat del material de forma individual, s'assessora dins de les necessitats i capacitats de l'individu i, en cas de requerir entrenament, es duu a terme un entrenament amb l'usuari.

La TO valora la capacitat de la persona gran per mantenir una postura determinada, l'habilitat per canviar aquesta postura cap a una altra de desitjada, la capacitat manipulativa, la coordinació, l'orientació o la talla i les mesures de l'usuari o la usuària. Tot això és imprescindible per a l'elecció de la cadira, coixí antiescares, cadira elèctrica o altres productes ortopèdics.

Amb això, es determina el tipus de coixí (d'aire, viscoelàstic, etc.), en funció de la capacitat de moure's i del temps a la cadira; si la cadira ha de ser autopropulsada, de doble cèrcol per a les persones que només tenen un costat funcional, de roda petita en cas de no tenir capacitats cognitives per al maneig o que sigui un risc per al o la resident o els altres usuaris i usuàries; el tipus de respatler; de monocomandament o *joystick* de la cadira elèctrica o si la cadira ha de ser basculant o reclinable, etc.

Estimulació cognitiva. Es duu a terme a la sala, en un entorn sense sorolls, amb perfils similars i es treballen tasques com l'atenció, la memòria o les funcions executives que permeten a l'usuari o usuària mantenir el seu nivell funcional i d'interacció social el major temps possible. Aquesta activitat es realitza a través de grups en què es creen vincles d'amistat i companyonia, tan necessaris en aquesta vida i més en àmbit residencial. Aprofitam per treballar l'expressió, la creativitat, el llenguatge o el càlcul.

5. Departament de Fisioteràpia

Es treballa amb l'objectiu d'aconseguir la màxima funcionalitat que el resident pugui tenir, sigui mantenint-la sigui millorant-la quan aquesta es veu minvada per algun contratemps. Fomentar, facilitar i treballar l'autonomia és l'altre pilar en el qual es basa el treball d'aquest departament. Per a això, el servei de Fisioteràpia de la Residència Bonanova, compost per tres fisioterapeutes i dos tècnics en cures auxiliars d'infermeria, treballa sobre aspectes com els que es detallen a continuació:

Dolor. Amb diferents tècniques antiàlgiques, la fisioteràpia intenta disminuir els símptomes de dolor que pateixen els pacients geriàtrics el qual és causat per múltiples factors associats a l'envelliment, així com els episodis d'inflamació de certes estructures.

Balanç articular. La capacitat de moviment de les articulacions es veu afectada amb l'envelliment i es percep una disminució que pot ser provocada per causes com rigidesa muscular, lesions, falta d'activitat, malalties degeneratives, etc. Es fa feina per prevenir, mantenir i millorar aquesta disminució dels rangs articulars mitjançant exercici actiu i automobilització. Quan hi hagi una restricció del moviment articular, el nostre objectiu serà restituir-lo.

Balanç muscular. Amb l'envelliment es produeix una pèrdua de massa i potència muscular. Aquest fenomen és conegut com a sarcopènia. Mitjançant el balanç muscular se cerca prevenir, mantenir i millorar, mitjançant exercici actiu, la musculatura de les diferents regions del cos, així com evitar la progressió de la pèrdua de massa muscular.

Bipedestació i marxa. Les fractures, allitaments o hospitalitzacions causades per diversos problemes de salut o problemes de qualsevol índole que disminueixin l'activitat normal del pacient geriàtric, afecten les capacitats de bipedestació i marxa, les quals minven. La fisioteràpia aborda aquest problema proposant com a objectiu a curt termini aconseguir una bipedestació estable, prèvia al pas de restablir i reeducar la marxa, objectiu a mitjà termini, per poder així assolir la major autonomia i funcionalitat possible amb concordança amb les capacitats de l'usuari o la usuària.

Autonomia. Es treballen capacitats que facilitin l'autonomia i la col·laboració del pacient per als seus AVDs i els seus desplaçaments; en el manteniment de la bipedestació, per facilitar la dutxa de peu, per exemple; la deambulació amb diferents ajudes tècniques, com caminador o bastó; o l'autopropulsió de la cadira de rodes.

6. Programa de Psicomotricitat

Els canvis sobrevinguts per l'envelliment sobre els quals s'actua des d'aquest programa són els següents:

- A l'àmbit físic: en òrgans sensorials, en el sistema cardiovascular, en l'aparell respiratori, en el sistema nerviós i en el sistema múscul esquelètic. En aquest últim s'observen:
 - sarcopènia o disminució de la massa muscular;
 - menor velocitat de contracció muscular, la qual cosa provoca un alentiment dels moviments, que siguin més maldestres i que augmenti el risc d'accidents o caigudes;
 - pèrdua de força i potència dels músculs de les extremitats, la qual cosa provoca una deambulació més maldestra i insegura, la qual cosa augmenta el risc de caigudes;
 - disminució de la densitat òssia;
 - alteració de les articulacions: estrenyiment dels espais i alteracions en el cartílag.
- A l'àmbit social: interacció amb companys i companyes;
- A l'àmbit psicològic: disminució de l'autoestima i de la sensació de benestar amb un mateix;
- A l'àmbit emocional: apatia o pèrdua d'interès.

A causa de la pandèmia de la COVID-19, els nostres i les nostres residents van passar per llargs períodes de confinament, la qual cosa va portar una situació de falta de condicionament tant físic com cognitiu, a més d'un trencament en les seves relacions socials i afectives; en resum, un empitjorament del seu estat general.

Avui dia es promou l'envelliment actiu, definit per l'Organització Mundial de la Salut (OMS) com "el procés pel qual s'optimitzen les oportunitats de benestar, social i mental durant tota la vida, amb l'objectiu d'ampliar l'esperança de vida saludable, la productivitat i la qualitat de vida en la vellesa", el qual advoca per mantenir sans i actius els nostres majors el major temps possible, per reduir també així la despesa assistencial, ja que es preveu la dependència i s'afavoreix l'autonomia, motius més que suficients per decidir posar en marxa aquest programa de Psicomotricitat, el qual treballar els diferents aspectes alhora. Respectant la normativa de la distància i com que era una activitat física a l'aire lliure, perquè es va proposar realitzar-la a les terrasses exteriors de l'edifici, es va plantejar un programa de psicomotricitat que avui encara se segueix realitzant.

Basant-nos en la definició que fa la Federació d'Associacions de Psicomotricistes de l'Estat Espanyol (FAPEE) sobre la psicomotricitat, s'entén com una disciplina que es fonamenta en una visió global de la persona i s'ocupa de les interaccions cognitives, emocionals, simbòliques i sensorio-motrius en la capacitat de ser i expressar-se en un context psicosocial (Fòrum Europeu de Psicomotricitat [Bruixes, gener 1996]).

Independentment de l'edat de la persona, la psicomotricitat es pot aplicar en els àmbits preventiu, educatiu, reeducatiu i terapèutic. A causa de les molt diverses possibilitats que dona el treball psicomotor, fa que aquest es pugui aplicar en subjectes sans o que pateixin limitacions.

La psicomotricitat exerceix un paper fonamental en el desenvolupament harmònic de la personalitat.

Des del Departament de Rehabilitació es treballen, a través de la psicomotricitat, aspectes com:

- L'orientació en temps i espai. L'activitat es desenvolupa en el mateix espai, els mateixos dies i a les mateixes hores. Es treballen aquestes capacitats en què se situen cronològicament en el temps diferents fets o situacions viscudes pels mateixos participants, dies festius, esdeveniments, etc.
- Habilitats físiques: equilibri, força, flexibilitat i coordinació. Els canvis fisiològics associats a l'envelliment produeixen canvis en òrgans i sistemes que afecten l'estàtica i el control postural del subjecte. Es pretén, per tant, treballar les diferents habilitats amb l'objectiu de mantenir-les tan bé com sigui possible.
- Habilitats cognitives: atenció, memòria i gnòsies. S'intervé en l'atenció perquè l'usuari ha de seleccionar i concentrar-se en els diferents estímuls que rep; en la memòria (codificació, emmagatzematge i recuperació de la informació) perquè es treballen la memòria sensorial, la memòria a curt termini i la memòria a llarg termini; i en les gnòsies o la capacitat de reconèixer informació que ha estat prèviament apresada a través dels nostres sentits.

Els objectius del treball de psicomotricitat són:

- Prevenir caigudes, ja que són una de les principals causes de lesió greu, de deteriorament de la qualitat de vida, de l'augment de la dependència i, fins i tot, de mortalitat.
- Millorar l'estat físic, mitjançant una activitat física que inclogui moviments articulars, força muscular, flexibilitat, equilibri i coordinació.
- Millora dels estats cognitiu, emocional i social dels nostres usuaris i usuàries mitjançant el treball de les habilitats cognitives i amb el desenvolupament de l'activitat en un ambient grupal en el qual han d'interactuar els uns amb els altres.

Tenir un horari, un espai a l'aire lliure on interactuar amb els companys, poder observar les seves millores, de la flexibilitat, del record, a la gambada, la coordinació els fa empoderar del seu cos, de sentir-se capaços. Durant el desenvolupament d'aquesta activitat, es creen oportunitats de compartir inquietuds, experiències i pertinença de grup, la qual cosa és molt important entre les nostres persones usuàries.

7. Importància del Departament de Rehabilitació dins el personal assistencial

Existeixen estudis que afirmen que la teràpia ocupacional conjuntament amb la fisioteràpia aporten efectes positius a l'àmbit físic als majors institucionalitzats, com és el cas de les investigacions de Lazowsky, Morris o Schenellee, que deriven de forma directa en una millora de l'acompliment ocupacional.

Com indiquen els estudis d'Anon, Simonton i Luborsky, les intervencions centrades en l'àrea d'oci i participació social milloren la satisfacció personal i percepció de la qualitat de vida.

El model d'envelliment actiu tracta de posar èmfasi en la participació i foment de l'autonomia dels nostres majors. Una persona que es val per si mateixa necessita un menor nombre de cures, que es tradueixen en recursos materials i, sobretot, de personal. Fomentar aquests aspectes des del Departament de Rehabilitació repercuteix en la resta dels departaments residencials, usuaris, usuàries i famílies.

Cal conèixer els beneficis que aporta la rehabilitació, aquesta acció conjunta entre fisioteràpia i teràpia ocupacional, per entendre la tasca que realitza dins de l'equip assistencial, la qual facilita el treball d'altres departaments i disminueix la utilització de recursos.

8. Beneficis del departament de Rehabilitació a la Residència Bonanova

Per visibilitzar la intervenció que porten a cap fisioterapeutes i terapeutes ocupacionals, i el seu enorme paper en la nostra societat actual, es descriuen, a continuació, quins són els beneficis de la rehabilitació en geriatría.

Preveu lesions. Les activitats físiques que es realitzen des de rehabilitació ajuden a enfortir els músculs, articulacions i equilibri. A més, ajuden a prevenir les caigudes en les persones grans, una problemàtica molt comuna en la gent major.

Millora les capacitats. A través de les diferents activitats, els majors desenvolupen habilitats i capacitats que eviten el deteriorament cognitiu. Així mateix, milloren sentiments com la confiança i l'autoestima. També s'evita l'aparició de malalties de salut mental, com la soledat o la depressió.

Anticipa malalties. La rehabilitació permet anticipar-se a malalties, especialment les de caràcter neuronal, com les demències o l'Alzheimer. A l'hora de dur a terme les activitats, és possible detectar els símptomes d'aquestes patologies amb molta antelació i poder oferir les cures més adequades.

Fomenta la mobilitat. Gràcies a l'ús de tècniques de rehabilitació, la persona gran és capaç de recuperar certes capacitats físiques que és possible que estigués perdent. A més, els ajuda a usar tècniques que els permeti conservar la seva independència i autonomia durant més temps.

Millora les capacitats socials. Gràcies al desenvolupament de diferents activitats, especialment en grup, els més grans poden millorar les seves habilitats socials. Això també ajuda a la prevenció de la soledat i de possibles malalties de salut mental. Així mateix, els ajuda a tenir un millor envelliment actiu i saludable.

Els més grans són un eix fonamental de la nostra societat i, com a societat, els hem d'oferir les millors cures.

Referències bibliogràfiques

Abad Rivera, I. (2011). *Intervención de Terapia Ocupacional en centros residenciales para personas mayores: Revisión Sistemática*. Treball final de grau. Universidede da Coruña - Facultade de Ciencias da Saúde.

Álvarez Nebreda Loreto, Rada Martínez Silvana, Marañón Fernández Eugenio (2007) . Principios básicos de la rehabilitación geriátrica. A Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (SEGG). *Tratado de Geriatría para residentes*. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología.

- Benítez-Lugo, M. L. (2006). Prevenir o demorar la dependencia, desde la fisioterapia. A *Vejez, autonomía o dependencia, pero con calidad de vida* (pp. 241-244). Dykinson.
- Berruezo y Adelantado, P. P. (2000). Hacia un marco conceptual de la psicomotricidad a partir del desarrollo de su práctica en Europa y España. *Revista interuniversitaria de formación del profesorado*.
- Calderón, M. J., & Ulloa, R. A. (2016). Cambios asociados al envejecimiento normal en los parámetros angulares de la marcha a una velocidad controlada. *Revista médica de Chile*, 144(1), 74-82.
- Carbonell, A., Aparicio, V., & Delgado, M. (2009). Efectos del envejecimiento en las capacidades físicas: implicaciones en las recomendaciones de ejercicio físico en personas mayores. *Revista Internacional de Ciencias del Deporte*, 5(17), 1-18. ISSN:1885-3137. No 17 - Octubre - 2009
- García, L. B. (2010). *Envejecimiento activo y actividades socioeducativas con personas mayores: guía de buenas prácticas*. Ed. Médica Panamericana.
- Imaginário, C., Machado, P., Antunes, C., & Martins, T. (2018). Perfil funcional de los ancianos institucionalizados en residencias: estudio piloto. *Gerokomos*, 29(2), 59-64.
- Landinez Parra, N. S., Contreras Valencia, K., & Castro Villamil, Á. (2012). Proceso de envejecimiento, ejercicio y fisioterapia. *Revista cubana de salud pública*, 38, 562-580.
- Menéndez Montañés, María Concepción; Brochier Kist, Rosane Bernardete (2011). *La actividad física y la psicomotricidad en las personas mayores: sus contribuciones para el envejecimiento activo, saludable y satisfactorio*. Textos & Contextos (Porto Alegre), vol. 10, núm. 1, enero-julio, pp. 179-192. Pontificia Universidade Católica do Rio Grande do Sul Porto Alegre, RS, Brasil
- Mozo, R. S. S., Plubins, M. C., & Farreras, T. R. F. Rehabilitación del paciente geriátrico. A Sánchez Blanco, I., & Aguila Maturana, A. M. (2006). *Manual SERMEF de rehabilitación y medicina física* (No. Sirsi) i8479033541). Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física..
- Puime, Á. O., Pastor, M. V. Z., Béland, F., Laso, Á. R., & de Yébenes, M. J. G. (2006). *Relaciones sociales y envejecimiento saludable*. Fundación BBVA.
- Sánchez, A. I. C., Alaya, J. A., Gerontología, G. D. E. S. Y., & Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología. (2010). *Terapia ocupacional en geriatría y gerontología*. Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología.
- Serra Rexah, J. A. (2006). Consecuencias clínicas de la sarcopenia. *Nutrición hospitalaria*, 21, 46-50.
- Sierra, C. A., Horrillo, A. C., & López, L. F. (2004). Los talleres de psicomotricidad: una alternativa lúdica para la salud. *Revista de Enfermería*, (18), 14-17.
- Valencia, C., López-Alzate, E., Tirado, V., Zea-Herrera, M. D., Lopera, F., Rupprecht, R., & Oswald, W. D. (2008). Efectos cognitivos de un entrenamiento combinado de memoria y psicomotricidad en adultos mayores. *Rev Neurol*, 46(8), 465-71.
- Villar San Pío Teresa Mesa Lampré, M.a Pilar, Esteban Gimeno Ana Belén, Sanjoaquín Romero Ana Cristina, Fernández Arín Elena (2007). Alteraciones de la marcha, inestabilidad y caídas. A

Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG). *Tratado de Geriatria para residentes*.
Sociedad Española de Geriatria y Gerontología.

Yárnoz, A. Z., Díez, M. N., Torres, E. C., Fernández-Puebla, A. G., Porras, D. B., Higuera, E. R., ... & Remon, J. A. (2008). Eficacia de las intervenciones dirigidas a cuidadores principales de personas dependientes mayores de 65 años. Una revisión sistemática. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 43(3), 157-166.