

FISIOTERAPIA EN SALUD MENTAL

La Fisioterapia en el ámbito de salud mental tiene una larga trayectoria en Europa, Estados Unidos, Australia, o Canadá. Sin embargo, en España esta especialidad fisioterapéutica no está suficientemente desarrollada, y ello a pesar de que el país cuenta con una población con problemas de salud mental que recibe atención por parte de los fisioterapeutas, y con un gran número de personas a los que no se les presta esta atención, pero que se beneficiarían enormemente en caso de recibirla. El papel de la Fisioterapia en este ámbito incluye evaluación y tratamiento de pacientes con dolor, desordenes somatomorfos, ansiedad, depresión, trastornos de personalidad, lesión cerebral adquirida, demencias, problemas de conducta, desordenes de la alimentación, adicciones, y otros.

Los servicios de evaluación y diagnóstico que presta el fisioterapeuta en este contexto, abarcan la movilidad, la funcionalidad y el estado de salud, incluyendo: memoria, lenguaje, praxis, agnosia, funcionamiento complejo, estado motor, cognitivo, tensión muscular, marcha, equilibrio, autonomía, discapacidad, dependencia, alteraciones de conducta, calidad de vida, psicomotricidad, percepción corporal, percepción sensorial, dolor, sobrecarga, etc.

Los fisioterapeutas tienen un papel importante en el tratamiento de personas con demencia: Enfermedad de Alzheimer, demencia de cuerpos de Lewy, demencia frontotemporal, Enfermedad de Parkinson, Enfermedad de Huntington, Enfermedad de Pick, Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob, demencias por alcoholismo y otras sustancias, demencias de origen metabólico, demencia por VHI, y demencia por traumatismo craneal

El ámbito laboral de los fisioterapeutas en salud mental incluye la actividad física, ejercicios, equilibrio, reeducación postural y del movimiento, manejo del dolor agudo y crónico, técnicas de relajación, hidroterapia, masoterapia y terapia manual, *biofeedback*, ergonomía, equinoterapia, terapia de conciencia corporal, terapia psicomotora, estimulación basal, estimulación multisensorial, y otras terapias complementarias. Además la intervención de los fisioterapeutas en este campo incluye los problemas de incontinencia, músculoesqueléticos, ortopédicos, y los déficit neurológicos que puedan estar presentes.

En las demencias, se desarrollan déficit cognitivos con pérdida de memoria, afasia, agnosia, apraxia y alteraciones en la funcionalidad, y se produce un declive de los niveles de función previa, que son abordados desde la fisioterapia. En la Enfermedad de Alzheimer, una de las principales causas de discapacidad y disminución de la calidad de vida en personas mayores, los tratamientos de orientación fisioterapéutica utilizados con mayor frecuencia en la actualidad incluyen la realización de ejercicio físico adaptado, la terapia psicomotriz, y la estimulación multisensorial.

La evidencia indica que el entrenamiento con ejercicios y el aumento de la actividad física lleva a la reducción de la depresión y la ansiedad, así como a la mejoría de la función física y cognitiva, y a facilitar los cambios de conductas de estilos de vida. Los tratamientos de fisioterapia mediante realización de ejercicio físico adaptado mejoran la calidad de vida de la población anciana en general, y repercuten en los aspectos relacionados con la salud y el bienestar¹.

En personas mayores, la realización de ejercicio físico se asocia con menor declive cognitivo², incluso cuando los mayores son dependientes para realizar las actividades de vida diaria y están institucionalizados³. Con pacientes con Alzheimer, también hay evidencia de que el tratamiento con ejercicios, aumenta la ejecución de las actividades de vida diaria⁴, y disminuye la agitación y las conductas depresivas⁵.

El ejercicio físico mejora la fuerza y resistencia muscular, la flexibilidad, regula aspectos relacionados con problemas nutricionales como puede ser la falta de apetito, controla el peso, facilita conductas y sensaciones positivas en la persona, contribuyendo por ejemplo, a superar actitudes depresivas, y mejora el sistema cardiovascular y favorece la circulación sanguínea cerebral. Todos los beneficios que el ejercicio físico aporta a las personas de edad avanzada, tienen especial incidencia en las personas con Alzheimer^{6,7}, incluso como factor protector. En este sentido, se ha publicado recientemente un estudio efectuado en Canadá con 4.615 personas mayores de 65 años y seguimiento de cinco años, que muestra como la realización de actividad física se asocia con menor riesgo de deterioro cognitivo, de Enfermedad de Alzheimer y de otras demencias⁸. En cuanto al mecanismo por el que el ejercicio físico mejora la cognición en personas mayores con riesgo de demencia todavía se desconocen⁹. Respecto al tratamiento, un programa fisioterapéutico con ejercicios aeróbicos, de equilibrio, estiramiento y flexibilidad, mejora tanto la salud y función física, como la depresión en personas con Alzheimer¹⁰.

Así mismo, debido a que las dificultades de movilidad pueden ocasionar caídas y fracturas, un factor preventivo de las mismas es la realización de ejercicio físico adaptado, con ejercicios diseñados para mejorar las funciones motrices del paciente¹¹.

En cuanto a la estimulación multisensorial, el tratamiento ofrece información propioceptiva y exteroceptiva para el desarrollo y mantenimiento de las conductas intencionales y adaptativas¹². La administración de este tratamiento, con los pacientes con Alzheimer en estados medios y avanzados, tiene efectos positivos en diferentes campos: facilitando las tareas de cuidado, disminuyendo las alteraciones de la conducta, y mejorando la orientación de los pacientes por el lugar de residencia^{13,14}. En fases avanzadas de demencias, la estimulación sensorial también reduce la apatía¹⁵.

En pacientes con lesiones cerebrales, los cambios en la neuroplasticidad tras el tratamiento mediante psicomotricidad y otros métodos de terapia del movimiento son conocidos, y en pacientes mayores de 65 años con infarto cerebral crónico, el entrenamiento con ejercicios fisioterapéuticos mejora significativamente las transferencias para las ejecuciones de las actividades funcionales¹⁶.

El número y las características de los pacientes con Alzheimer que deambulan no está claro, pues a veces, caminar lejos del domicilio puede ocasionar en el paciente caídas y fracturas que aceleran el deterioro funcional. Y si bien hay algunos estudios sobre la influencia de programas con ejercicios orientados a mejorar la marcha con personas que viven en residencias, faltan estudios con personas mayores que viven en la comunidad, independientemente del tipo de demencia que padezcan^{17,18}.

La evidencia de los resultados sobre las terapias más eficaces para pacientes con Alzheimer es todavía insuficiente. Así mismo, hay investigaciones que basan sus resultados en evaluaciones sin suficiente calidad metodológica¹⁹, y algunas publicaciones presentan defectos metodológicos con ensayos en los que la intervención con los pacientes no se compara con la atención habitual, o no hay grupo de control y asignación al azar, o no se incorporan procedimientos de ocultación a las condiciones²⁰. Pero las características de los pacientes, la evolución diferencial de la enfermedad, o los entornos en los que se desarrolla la investigación, limitan muchos aspectos de la misma.

Indudablemente, faltan estudios experimentales, diseños de cohortes, y meta análisis sobre las condiciones y los tratamientos más efectivos, pero también es cierto que los estudios empíricos a veces están limitados en la clínica por la dificultad de lograr en este contexto grupos homogéneos, lo que sugiere que también puede ser necesaria más investigación de naturaleza cualitativa.

Por lo tanto, se precisa una combinación de estudios aleatorios controlados, de revisiones sistemáticas y de metaanálisis, para que la fisioterapia pueda ofrecer el tratamiento más efectivo de cara a mejorar la salud y el bienestar de los enfermos de Alzheimer y sus familias.

Antonia Gómez Conesa

Catedrática de Escuela Universitaria de Fisioterapia de la Universidad de Murcia

Presidenta de la Asociación Española de Fisioterapeutas

Bibliografía

1. Rydwick E, Frändin K, Akner G. Effects of physical training on physical performance in institutionalised elderly patients (70 +) with multiple diagnoses. *Age and Aging* 2004; 33: 13-23.
2. Weuve J, Kang JH, Manson JE, Breteler MBM, Ware JH, Grodstein F. Physical Activity, Including Walking, and Cognitive Function in Older Women. *AMA* 2004;292:1454-1461.
3. Littbrand H, Rosendahl E, Lindelof N, Lundin-Olsson L, Gustafson Y, Nyberg L. A high-intensity functional weight-bearing exercise program for older people dependent in activities of daily living and living in residential care facilities: evaluation of the applicability with focus on cognitive function. *Phys Ther.* 2006;86:489-49.
4. Rolland Y, Pillard F, Klapouszczak A, Reynish E, Thomas D, Andrieu S, Riviere D, Vellas B. Exercise Program for Nursing Home Residents with Alzheimer's Disease: A 1-Year Randomized, Controlled Trial. *JAGS* 2007; 55:158-165.

5. Ayalon L, Gum AM, Feliciano L, Areán PA. Effectiveness of Nonpharmacological Interventions for the Management of Neuropsychiatric Symptoms in Patients With Dementia. A Systematic Review. *ARCH INTERN MED* 2006; 166 (13): 2182- 2188.
6. Scarmeas N, Zarahn E, Anderson KE, Habeck CG, Hilton J, Flynn J, Marder KS, Bell KL, Sackeim HA, Van Heertum RL, Moeller JR, Stern Y. Association of life activities with cerebral flow in Alzheimer disease: implications for cognitive reserve hypothesis. *Arch Neurol* 2003; 60 (3): 359-365.
7. Lautenschlager N, Almeida OP, Flicker L, Janca A. Can physical activity improve the health of older adults? *Annals of General Hospital Psychiatry* 2004; 3:12.
8. Laurin D, Verreault R, Lindsay J, MacPherson K, Rockwood K. Physical Activity and Risk of Cognitive Impairment and Dementia in Elderly Persons. *Arch Neurol* 2001;58:498-504.
9. Lautenschlager NT, Cox KL, Flicker L, Foster JK, van Bockxmeer FM, Xiao J, Greenop KR, Almeida OP. Effect of Physical Activity on Cognitive Function in Older Adults at Risk for Alzheimer Disease. A Randomized Trial. *JAMA* 2008; 300 (9): 1027-1037.
10. Teri L, Gibbons LE, McCurry SM, Logsdon RG, Buchner DM, Barlow WE, Kukull WA, LaCroix AZ, McCormick W, Larson EB. Exercise Plus Behavioral Management in Patients With Alzheimer Disease. A Randomized Controlled Trial. *JAMA*. 2003;290(15):2015-2022.
11. Toulotte C, Fabre C, Dangremont B, Lensele G, Thévenon A. Effects of physical training on the physical capacity of frail, demented patients with a history of falling: a randomised controlled trial. *Age and Ageing* 2003; 32: 67-73.
12. Martin NT, Gaffan EA, Willimas T. Behavioural effects of long-term multi-sensory stimulation. *Br J Clin Psychol* 1998; 37:69-68.
13. Mahendra N. Direct interventions for improving the performance of individuals with Alzheimer's disease. *Seminars in speech and language* 2001 22;(4):289-299.
14. Chung JCC, Lai CKY, Chung PMB, French HP. Snoezelen para la demencia (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2007 Número 1. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.updatesoftware.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 1. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
15. Verkaik R, van Weert JCM, Francke AL. The effects of psychosocial methods on depressed, aggressive and apathetic behaviors of people with dementia: a systematic review. *Int J Geriatr Psychiatry* 2005; 20: 301–314.
16. Carey JR, Kimberley TJ, Auerbach EJ, Dorsey L, Rundquist P, Ugurbil K. Analysis of fMRI and finger tracking in subjects with chronic stroke. *Brain* 2002; 125:773-788.
17. Cott CA, Dawson P, Sidani S, Wells D. The effects of a walking/talking program on communication, ambulation, and functional status in residents with Alzheimer disease. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 2002;16(2):81-7.
18. Toulotte C, Fabre C, Dangremont B, Lensele G, Thevenon A. Effects of physical training on the physical capacity of frail, demented patients with a history of falling: a randomised controlled trial. *Age and Ageing* 2003;32(1):67-73.
19. Armijo S, Macedo LG, Gadotti IC, Fuentes J, Stanton T, Magee DJ. Scales to assess the quality of randomized controlled trials: a systematic review. *Phys Ther*. 2008;88:156–175.
20. Forbes Dorothy, Forbes Sean, Morgan Debra G, Markle-Reid Maureen, Wood Jennifer, Culum Ivan. Programas de actividad física para pacientes con demencia

(Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

ENLACES DE INTERÉS:

World Confederation for Physical Therapy
<http://www.wcpt.org>

Asociación Española de Fisioterapeutas
<http://www.aefi.net>

IC-PPMH

The International Council of Physiotherapy in Psychiatry and Mental Health
<http://ic-ppmh.org>

Research and Clinical Effectiveness Unit
Chartered Society of Physiotherapy
Website: www.csp.org.uk

Evidence based Mental Health
<http://ebmh.bmj.com>