



---

---

# FISIOTERAPIA EN GERIATRÍA Y PSIQUIATRÍA



**DOCUMENTO MARCO**  
**COMISIÓN DE GERIATRÍA**  
**Y PSIQUIATRÍA**  
**DEL ILUSTRE COLEGIO PROFESIONAL**  
**DE FISIOTERAPEUTAS DE LA C.M.**



---

---



# DOCUMENTO MARCO DE LA COMISIÓN DE GERIATRÍA Y PSIQUIATRÍA.

1. INTRODUCCIÓN.
2. FISIOTERAPIA EN GERIATRÍA.
  - A. DEFINICIÓN.
  - B. MARCO LEGAL.
  - C. POBLACIÓN DIANA.
  - D. OBJETIVOS.
3. ÁMBITOS DE ACTUACIÓN.
  - A. ÁMBITO ASISTENCIAL.
    - PREVENCIÓN PRIMARIA: EDUCACIÓN PARA LA SALUD.
    - PREVENCIÓN SECUNDARIA: MANTENIMIENTO.
    - PREVENCIÓN Terciaria: RECUPERACIÓN FUNCIONAL  
READAPTACIÓN Y TRATAMIENTO PALIATIVO.
  - B. LABORES ADMINISTRATIVAS Y DE ORGANIZACIÓN.
  - C. PROMOCIÓN Y DIVULGACIÓN.
  - D. FORMACIÓN CONTINUADA.
  - E. DOCENCIA E INVESTIGACIÓN.
4. GLOSARIO DE TÉRMINOS.
5. BIBLIOGRAFÍA.

## **1. INTRODUCCIÓN.**

Entendemos por Fisioterapia en Geriatría el conjunto de actuaciones tendentes a conseguir que las personas de mayor edad puedan desenvolverse con la máxima independencia en su entorno o, en ausencia de esta, hacerlo utilizando los recursos existentes para lograr los más óptimos niveles de calidad de vida.

Igualmente, en el ámbito Psiquiátrico, el fin último es optimizar y reforzar el uso de las posibilidades psicofísicas de la persona y aportarle el mayor nivel de independencia posible.

El trato y la relación con el paciente psiquiátrico, requiere de una formación especializada de la que se encargará en un futuro otra comisión. No obstante en la actualidad, se encuentra unida a la de geriatría por carecer dicha comisión de identidad suficiente, para constituirse como independiente.

El propósito de este Documento es contribuir al desarrollo de la Fisioterapia en los ámbitos Geriátrico y Psiquiátrico y, en consecuencia, de toda la Fisioterapia.

A los efectos de este Documento se consideran “personas mayores” a mujeres y hombres que, aun teniendo una edad considerada “joven” podría precisar de los recursos destinados normalmente a edades más avanzadas, debido a consideraciones socio-económicas (jubilaciones, prejubilaciones, pensiones por viudedad...), debido a consideraciones biológicas, (ya que los cambios que acompañan al envejecimiento no se ciñen a edades concretas), y también a consideraciones desde el punto de vista de las previsiones demográficas y geográficas (por ejemplo la edad de 60 años es una edad joven en zonas desarrolladas y no lo es, sin embargo, en países subdesarrollados).

Igualmente tendremos en cuenta la referencia que hacen la OMS (Organización Mundial de la Salud) y las NNUU (Naciones Unidas) a ese respecto, así como las políticas destinadas a este sector de la población en España (Consejo Estatal de las Personas Mayores)

## **2. FISIOTERAPIA EN GERIATRIA Y PSIQUIATRÍA.**

### **A. DEFINICIÓN.**

Consideramos Fisioterapia en Geriatría, la especialidad de la Fisioterapia cuyo objetivo es la atención de los mayores, tanto sanos como enfermos, actuando no solo en prevención, tratamiento y recuperación de enfermedades, sino también procurando al mayor una buena adaptación a los cambios fisiológicos que se producen durante el envejecimiento, con el objetivo de optimizar su calidad de vida.

Se entiende como Fisioterapia en Psiquiatría la rama de la Fisioterapia que se ocupa de los enfermos mentales que requieren tratamiento por las alteraciones subsiguientes a la propia enfermedad mental, o por patologías de otra índole, susceptibles de tratamiento

fisioterápico, pero que precisamente por su estado psíquico deberán ser tratadas utilizando recursos y metodología específica.

## **B. MARCO LEGAL.**

En la atención de las personas mayores es imprescindible acudir al marco general del Derecho sanitario en nuestro ordenamiento jurídico ante la inexistencia de regulación de la atención Fisioterapéutica en Geriatria.

Las fuentes del Derecho son complejas, ya que existen Convenios Internacionales sobre distintos aspectos de la asistencia sanitaria. También ha de tenerse en cuenta el Derecho Comunitario que es de aplicación directa. En España nos encontramos con La Constitución Española, Leyes del Parlamento español y de los Parlamentos de las Comunidades Autónomas, Decretos Leyes y por último disposiciones administrativas tanto de la Administración estatal, de la de las Comunidades Autónomas e incluso de las locales dada la complejidad del reparto de competencias que existe en materia de Sanidad.

Para conocer qué ley es aplicable, el primer criterio a tener en cuenta es el de cualquier norma comunitaria al respecto, o convenio internacional ratificado por España. Después se sigue el principio de jerarquía de las normas: Norma Comunitaria, Constitución Española y leyes, reales Decretos y Reglamentos. El tercer criterio es el principio de competencia, conocer qué Administración tiene competencia para elegir la Ley a aplicar (dificultad que se ve incrementada con el actual sistema de traspaso de competencias a las distintas Comunidades Autónomas, ya que varía de unas a otras).

### **Constitución Española:**

El artículo 43 en su punto 2 recoge: *“compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios”* Remite a la ley, que recoge en su punto 3: *“los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte”*

La Ley General de Sanidad establece en su artículo 50 la obligación de los poderes públicos de garantizar pensiones adecuadas a los ciudadanos durante la tercera edad y así mismo promoverán su bienestar por medio de los Servicios Sociales. Aquí se fundamenta el Plan Gerontológico Nacional que se creó en 1992, donde se fijan objetivos por áreas de actuación.

### **Plan Gerontológico:**

Pretende planificar los servicios para la atención de las personas mayores. Las bases propuestas son:

- La necesidad de adoptar un enfoque que contemple un modelo multidisciplinario en la atención al envejecimiento de la población (como fenómeno colectivo), y en la atención a los ancianos (como fenómeno individual).
- La importancia de desarrollar una intervención alternativa o complementaria al clásico enfoque médico, por problemas o enfermedades, dirigiendo la atención

sobre otras variables relacionadas con la capacidad funcional, la movilidad, la orientación, la capacidad de relación de la persona.

- Garantizar la coordinación de las acciones desarrolladas entre los distintos niveles asistenciales, enfocando los servicios hacia la continuidad de los cuidados.
- Prestar atención al entorno familiar y comunitario.
- Reorientar los servicios, recursos y programas para adaptarlos a la diversidad de las nuevas necesidades de este grupo de población, lo que exige una estrecha colaboración intersectorial.

Por último, existen convenios entre el Ministerio de Asuntos Sociales y la Comunidad Autónoma de Madrid para la realización de los programas del Plan Gerontológico:

- Comunidad de Madrid RCL 1996/497. Resolución 27/12/1995  
Subsecretaría Ministerio de Asuntos Sociales BOE 13/2/1996 nº 38 (Pág. S174)

### **C. POBLACIÓN DIANA.**

El envejecimiento es un proceso universal, ineludible, irreversible y deletéreo (determina la muerte de los individuos), que afecta a todos los seres vivos como consecuencia del paso del tiempo sobre los mismos (Strheler), y que les conlleva una disminución de su capacidad de adaptación ante diferentes situaciones. Al envejecer se van produciendo cambios anatómicos o morfológicos, definidos por alteraciones en la estructura y en la forma de los órganos, así como cambios funcionales definidos por una disminución de la adaptabilidad.

El envejecimiento no es sinónimo de enfermedad, pero si es la etapa de la vida donde existe mayor riesgo de enfermedad y de incapacidad, con la consecuente pérdida de autonomía para realizar una vida independiente. En la vejez también existen dificultades sociales (pérdida de roles anteriores, muerte del cónyuge, marcha de los hijos...), también económicas (pensiones bajas, aumento de la necesidad de ayuda,...).

La vejez suele ir acompañada de un mayor número de padecimientos tanto agudos como crónicos o intercurrentes. El envejecimiento determina la aparición de enfermedades raras o inexistentes en edades anteriores; aumento de la incidencia de otras; pluripatología; problemas muy específicos del paciente anciano, denominados Síndromes Geriátricos (caídas, incontinencia, úlceras por presión, inmovilismo, polifarmacia). El anciano es también más vulnerable a cualquier agresión ya que los mecanismos de defensa son más limitados.

Por lo anteriormente expuesto el paciente anciano es susceptible de beneficiarse de tratamiento fisioterápico que intervendrá a distintos niveles:

- En el anciano sano la intervención se centrará en mantener y mejorar su calidad de vida, conservando sus capacidades funcionales.
- En los ancianos que padezcan patologías invalidantes crónicas (deterioro cognitivo, Parkinson, EPOC, insuficiencias cardiacas, etc.) el objetivo de la

fisioterapia será enlentecer el deterioro, manteniendo el mayor tiempo posible la independencia.

- En los ancianos con patologías invalidantes agudas, la fisioterapia tratará de recuperar en la medida de lo posible las capacidades perdidas. En caso de no lograrse, se utilizarán las capacidades residuales con el fin de lograr la máxima autonomía y con ello la integración a su medio socio-familiar.

## **D. OBJETIVOS.**

### **➤ GENERALES:**

- Definir el ámbito de actuación de la Fisioterapia en Geriátrica y Psiquiátrica.
- Constituir el marco de referencia para todos aquellos Fisioterapeutas que desempeñan su profesión en Geriátrica y/o Psiquiátrica.
- Promocionar la Fisioterapia en los ámbitos de la Geriátrica y la Psiquiátrica.
- Profundizar en el desarrollo de la Atención en Fisioterapia en Geriátrica y Psiquiátrica.
- Divulgar la Atención de Fisioterapia en Geriátrica y Psiquiátrica.
- Fomentar la Investigación en el campo de la Fisioterapia en Geriátrica y Psiquiátrica.
- Hacer de la Fisioterapia en Geriátrica y Psiquiátrica una necesidad indispensable en todos los centros de Atención a Mayores, o en su caso, centros socio-asistenciales y psiquiátricos o neuro-psiquiátricos de todas las edades.
- Concienciar a la población en general de la labor imprescindible del Fisioterapeuta en dichos ámbitos.
- Informar y educar a la población mayor en hábitos de vida saludables y hacerles llegar los consejos del Fisioterapeuta.
- Fomentar una mayor relación con las Universidades para un mayor desarrollo de la Fisioterapia en Atención Geriátrica y/o Psiquiátrica dentro de la Titulación de Fisioterapia.
- Potenciar la formación continuada y el desarrollo de cursos de post-grado relacionados con la Fisioterapia en Atención Geriátrica y/o Psiquiátrica.
- Asesorar a los profesionales sanitarios con los que trabajamos, en la atención al usuario geriátrico y/o psiquiátrico.
- Promover Convenios de Colaboración con entidades Públicas y Privadas.
- Unificar criterios en control de calidad en Centros Geriátricos de la C.A.M.
- Unificar criterios en control de calidad en Centros Psiquiátricos de la C.A.M.

### **➤ ESPECÍFICOS:**

- Favorecer la Investigación de procedimientos y modelos organizativos asistenciales.
- Protocolizar las actuaciones del fisioterapeuta en el ámbito de la geriatría.
- Unificar criterios de tratamiento en Atención Geriátrica. y/o Psiquiátrica.
- Integrar la labor del Fisioterapeuta en el equipo multidisciplinar.

- Fomentar un mayor conocimiento de la labor del resto de profesionales que intervienen con el mismo paciente / usuario.
- Incluir las asignaturas propias de Fisioterapia en Geriátría y Psiquiatría en el programa de la Titulación de Fisioterapia en las Universidades Españolas.
- Recurrir a los correspondientes organismos, sindicatos, asociaciones..., que intervienen en la negociación de los convenios y regulación de las plantillas para una mejora en las condiciones laborales del Fisioterapeuta.
- Proporcionar mayor reconocimiento, dentro y fuera del colectivo, y valorar como corresponde a los Fisioterapeutas que desempeñan su labor en Atención Geriátrica. y/o Psiquiátrica
- Homogeneizar la Historia Fisioterápica en Geriátría y/ o Psiquiatría y darle calidad y rigor científico.
- Fomentar la rigurosa recogida de datos y registros asistenciales para lograr objetivar con rigor estadístico nuestra labor.
- Apoyar la realización de programas de Intervención Sanitaria en Residencias, Centros de Mayores, centros Sociales, centros Psiquiátricos...etc.
- Fomentar la Fisioterapia en Atención Domiciliaria a usuarios del ámbito Geriátrico y/o Psiquiátrico.
- Dar una mayor cobertura a la nueva demanda social de Atención Fisioterápica en Geriátría y Psiquiatría debido también al crecimiento acelerado de los índices de longevidad en nuestro país.
- Promover la colaboración con ONGs relacionadas con estos colectivos.

### **3. ÁMBITOS DE ACTUACIÓN:**

#### **A. ÁMBITO ASISTENCIAL:**

El concepto actual de salud se enfoca desde tres niveles: Primario (prevención, educación), secundario (curación o recuperación de los problemas de salud), terciario (paliar o readaptar). La intervención del fisioterapeuta se llevará a cabo en los tres niveles: *prevención, recuperación y readaptación.*

El fisioterapeuta desempeña su labor asistencial en el ámbito de la geriatría en servicios de salud, así como en servicios sociales: Hospitales (camas para agudos, camas de media estancia, hospital de día geriátrico, camas de larga estancia), centros de salud, Complejos Residenciales (apartamentos vigilados, viviendas protegidas, acogidas familiares, residencias), Servicios sociales (centros de día, hogares para la tercera edad, vacaciones de tercera edad, etc), hospitales de día, asistencia domiciliaria, etc.

La geriatría defiende un modelo de actuación multidisciplinar, compuesto por médicos, enfermería, trabajadora social, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, psicólogo. Este grupo de profesionales actuará individualmente en su campo y en equipo, valorando necesidades. La *valoración geriátrica* será integral, y contemplará los siguientes aspectos:

- Salud física (Historia Clínica).

- Capacidades funcionales (Actividades Avanzadas de la Vida Diaria, Actividades Instrumentales de la Vida Diaria, Actividades Básicas de la vida Diaria).
- Salud mental.
- Función afectiva.
- Social.

➤ **Prevención Primaria: Educación para la salud.**

Potenciar estilos de vida saludables. Se pretende alargar los periodos de bienestar personal y disminuir la incidencia de las enfermedades ligadas en mayor medida al tipo de vida y a la conducta de cada individuo. Se trata de que los ancianos desarrollen hábitos y costumbres sanas y los incorporen a su vida cotidiana.

Las pautas preventivas para el colectivo de geriatría y psiquiatría son:

1. Detectar factores de riesgo de patología físico-psíquica en la población diana.
2. Seleccionar los programas adecuados conforme a las características de nuestra población diana.
3. Incentivar los programas preventivos en los equipos Inter/multidisciplinares para unir nuestras técnicas con las del resto de profesionales.
4. Ejecutar los programas preventivos adecuados al entorno y a las características de nuestros pacientes.
5. Programar, evaluar y realizar el seguimiento de los programas preventivos que se pongan en marcha.
6. Realizar estudios sobre la eficacia de los programas preventivos.
7. Difundir los programas y sus resultados entre el colectivo de la fisioterapia.

➤ **Prevención Secundaria: Recuperación Funcional.**

Consideramos Recuperación Funcional a todas las actividades fisioterápicas encaminadas a *Mejorar, Mantener y Resolver*, el estado del paciente que tras haber sufrido una patología aguda o crónica, han visto mermadas sus capacidades funcionales.

➤ **Prevención Terciaria: Paliativos y readaptación.**

Consideramos *readaptación* a todas aquellas actividades fisioterápicas encaminadas a compensar las disfunciones instauradas y mantener las capacidades, destrezas y/o habilidades residuales, en ancianos muy dependientes que presentan un avanzado deterioro biopsicosocial.

La OMS define los cuidados *paliativos* como el cuidado integral activo de pacientes cuya enfermedad no responde a tratamientos curativos. El cuidado paliativo se expresa por el lema “Si puedes curar, cura. Si no puedes curar, alivia. Si no puedes aliviar, consuela”.

La actuación del fisioterapeuta se centra sobre todo en los objetivos de alivio de los síntomas principalmente dolor y disnea, sin olvidar el refuerzo de la autoestima y la adaptación continua a la fase de la enfermedad. La mejoría en el bienestar y el mantenimiento de la autosuficiencia que puede proporcionar la fisioterapia se logra a través de cuatro áreas de intervención:



- Mejora de la función respiratoria.
- Analgesia: Movilizaciones lentas de las articulaciones sin llevarlas a los grados máximos de amplitud, masaje, electroterapia, etc.
- Autonomía: Conservar la independencia y la adaptación del paciente tanto como sea posible. Mantener la autoestima enseñándole al enfermo a adaptarse a su situación y a sus limitaciones funcionales.
- Relajación.

## **B. LABORES ADMINISTRATIVAS Y DE ORGANIZACIÓN.**

En este ámbito el fisioterapeuta debe desarrollar las tareas de decisión que implican el proceso de actuación dinámica y continuada de un profesional sobre otros, con el objeto de que estos utilicen al máximo su potencial humano y profesional para la consecución de unos objetivos bien definidos.

### **1. Gestión directiva:**

- Planificación.
- Ejecución de la planificación.
- Control y evolución de la planificación.

### **2. Gestión del profesional de la fisioterapia.**

- Elaboración de un informe periódico con los siguientes contenidos mínimos:

- Descripción de la población residencial.
  - Organigrama.
  - Inventariado: camillas, aparatos de electroterapia, ayudas técnicas, etc.
  - Descripción de los objetivos del servicio.
  - Realización de estadísticas sobre: Número de usuarios tratados en el servicio de fisioterapia, patologías por las que acuden (Prevalencia), cumplimiento de objetivos.
  - Actividades docentes.
  - Formación recibida.
- Elaboración de registros de fisioterapia tales como: Historia de fisioterapia (evaluación al inicio, evolución y alta), informes de fisioterapia, escalas de valoración de marcha, equilibrio, AVD, uso de contención física, etc.
  - Colaboración en la planificación y ejecución de programas sanitarios.
  - Establecer indicadores de eficiencia y eficacia para asegurar el control de calidad
  - Seguimiento, evaluación y control de la realización de las tareas.
  - Gestión de los recursos asignados al área de fisioterapia.
  - Cumplimiento de las tareas administrativas impuestas por sistemas de calidad en los centros en los que estén implantados.

## C. PROMOCIÓN Y DIVULGACIÓN.

Hoy en día se reclaman servicios sanitarios donde prime no sólo la calidad científica técnica, sino la comunicación, el contacto, la personalización. La fisioterapia reúne todos estos pilares básicos de total calidad. Por ello debe darse a conocer, poner al alcance del público y elevar su valoración a nivel social como: “*el conjunto de medidas dirigidas a mejorar el estado de salud del mayor*”.

Son múltiples los ámbitos en los que la promoción de la atención fisioterapéutica de los mayores debería estar incluida (social, gubernamental, educacional...) Focalizaremos estos campos agrupándolos en:

- a) **Formación Académica**
- b) **Gobierno y Organismos Oficiales**
- c) **Asociaciones y Fundaciones**
- d) **Organismos no Gubernamentales y o Benéficos**
- e) **Población General**

### a) **Formación Académica.**

- Homogeneizar las asignaturas propias de Geriátrica para la titulación del Fisioterapeuta dentro de las Universidades Españolas.
- Programar la asignatura de Fisioterapia en Geriátrica con contenidos teórico-prácticos de rigor y base suficiente para que puedan ser ampliados posteriormente.
- Establecer la creación de un Postgrado en Geriátrica y Psiquiátrica.
- Organizar Jornadas Científicas con ponencias que cubran los diferentes aspectos del envejecimiento.
- Fomentar la investigación y la publicación de artículos en el campo de la Gerontología.
- Lograr que la fisioterapia llegue a ser una licenciatura para mejorar la capacidad docente en diferentes ámbitos de la fisioterapia, y en concreto en el de la geriátrica.

### b) **Gobierno y Organismos Oficiales.**

- Promover convenios de colaboración con entidades públicas o privadas.
- Unificar criterios de calidad dentro de los centros e instituciones geriátricas para incluir la labor del fisioterapeuta con carácter indispensable.
- Promocionar la fisioterapia en atención domiciliaria a usuarios del ámbito Geriátrico.
- Promover la formación continuada en el campo geriátrico dentro del Colegio de Fisioterapeutas con actualizaciones de primera línea para evitar la aplicación rutinaria de tratamientos.

- Promocionar la colaboración entre los diferentes colegios profesionales del campo de la sanidad.

**c) Asociaciones y Fundaciones.**

- Promocionar la figura del fisioterapeuta informando mediante charlas, coloquios, conferencias; de cuál es nuestra labor.
- Apoyar la organización de programas de intervención fisioterápica en el área de la Geriatría.
- Colaborar en la creación de jornadas de prevención de situaciones de riesgo y o de incapacitación progresiva.

**d) Organizaciones no Gubernamentales y o Benéficas.**

- Promover la colaboración del fisioterapeuta con dichos estamentos.
- Realizar encuentros entre organizaciones y colegio de fisioterapeutas para obtener de los organismos gubernamentales que la fisioterapia del mayor este al alcance de todos.
- Fomentar la colaboración del fisioterapeuta en aquellos grupos cuya asistencia no esté cubierta.

**e) Población General.**

- Realizar campañas informativas de fomento de la salud, mediante la “educación para la jubilación”: programas de actividad física, prevención de la depresión en el mayor, consejos sobre seguridad.
- Charlas-coloquios que insistan en el fomento y promoción de la salud funcional integral dirigidas no sólo al colectivo de nuestros mayores, sino también a sus familiares o al personal que los atiende.
- Concienciar a la sociedad que el proceso de envejecimiento afecta a todos, no solo biológicamente, sino porque en cualquier grupo en el que vivamos tenemos miembros que son mayores.

**En resumen el fisioterapeuta deberá:**

- Promocionar su profesión para que se convierta en imprescindible dentro del equipo sanitario que da cobertura a aquellos ámbitos cada día más numerosos donde encontramos a las personas mayores de 60 años.
- Influir individual y corporativamente para que la prestación de servicios sanitarios sea integral para nuestra población de mayores.
- Lograr que la fisioterapia en geriatría deje de ser un lujo y sea un derecho merecido por todos los mayores.

**D. FORMACIÓN CONTINUADA.**

Entendemos como *formación continuada* la obligación de cualquier profesional de la fisioterapia de actualizar los conocimientos adquiridos así como ampliarlos, informándose de los nuevos avances e investigaciones.

1. Reconocer la especificidad de la fisioterapia en geriatría y psiquiatría mediante el desarrollo de programas de educación que mejoren la formación de los fisioterapeutas.
2. Promover la especialización de la Fisioterapia en Geriatría como se ha conseguido en países como Australia, Canadá, Finlandia, Reino Unido, Estados Unidos de América, mediante formación de postgrado.
3. Facilitar desde los centros la formación continuada del equipo asistencial.
4. Mejorar la oferta de formación en este ámbito mediante:
  - Cursos.
  - Mesas redondas, seminarios, jornadas
  - Publicación de trabajos científicos y de investigación.
  - Elaboración de protocolos de fisioterapia.
5. Formación de los gestores en Geriatría para conseguir una base teórico- práctica sólida basada en:
  - Conocimientos de gestión económico-administrativa.
  - Conocimiento del proceso de envejecimiento.
  - Necesidades de los usuarios y de los recursos necesarios para cubrirlos.
  - Valorar en todo momento los beneficios de dichos recursos.

## **E. DOCENCIA E INVESTIGACIÓN.**

La labor docente del fisioterapeuta no debería quedar limitada a la enseñanza reglada puramente teórica, sino que debe ampliar sus horizontes de manera que le permita actualizar y ampliar los conocimientos adquiridos en la diplomatura. Para ello se plantean los siguientes objetivos.

- Que la geriatría esté incluida en la formación pregrado de los estudiantes de fisioterapia.
- Participación de la formación postgrado, asegurando la formación continuada en el ámbito de la geriatría.
- Colaboración en la educación de otros profesionales del equipo de salud.

La investigación nos permite avalar científicamente nuestro trabajo y buscar nuevas posibilidades terapéuticas. Estas actividades investigadoras abarcarán el campo asistencial, así como el docente y el de gestión.

- Diseño y programación de un trabajo científico.
- Colaboración en investigaciones multidisciplinares.
- Aplicación de los resultados de la investigación.
- Utilización en la investigación de una metodología científica.
- Manejo de las fuentes bibliográficas.

## 4. GLOSARIO DE TÉRMINOS.

**Acogidas familiares:** Brinda a la persona mayor que carece de un hábitat adecuado la posibilidad de una vida compartida en el marco de una familia con la que no tiene parentesco, pero con la que se crean vínculos de solidaridad.

**Apartamentos tutelados:** Apartamentos individuales, de 30-50 metros cuadrados con unos servicios (comedor, lavandería, asistencia doméstica, actividades de ocio, etc). Preservan la independencia y la intimidad del anciano. Son fáciles de mantener por su reducido tamaño, seguridad (sistema de teleasistencia conectada a la conserjería del edificio). Comparten zonas comunes evitando el aislamiento social.

**Calidad:** Conjunto de propiedades y características de un servicio que acreditan su capacidad para satisfacer unas necesidades expresadas o implícitas.

**Capacidad funcional:** Es la capacidad de realizar una vida independiente. Según la OMS como mejor se mide la salud del anciano es en términos de función física. Existen múltiples escalas de valoración funcional. La valoración funcional comprende:

- *Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD):* Son las actividades básicas de autocuidado y motilidad. Comer, vestirse, asearse, bañarse, continencia fecal y urinaria, transferencias...
- *Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD):* Actividades necesarias para vivir de forma independiente dentro de la comunidad. Usar el teléfono, manejo de las finanzas, uso del transporte público, manejo de su medicación, etc.
- *Actividades Avanzadas de la Vida Diaria (AAVD):* Comprende aquellas actividades complejas que permiten desarrollar a la persona un rol social, tales como: una profesión, actividades de ocio, participación en actos comunitarios, etc.

**Centro de día:** Son centros extrahospitalarios para ancianos débiles. La estancia puede ser indefinida. Normalmente dan la comida del mediodía y proporcionan transporte.

**Complejos Residenciales:** Centros de ofrecen atención integral y vivienda permanente a personas mayores de 60 años que por su problemática familiar, social y/o económica, no pueden ser atendidos en su propio domicilio (INSERSO 1993).

- *Residencias de Válidos:* Destinadas a ancianos que en el momento de su admisión pueden valerse por si mismos.
- *Residencia de Asistidos:* Acogen a ancianos con incapacidades que necesitan una asistencia continuada para las actividades de la vida diaria.

- *Residencias Mixtas*: Son las destinadas tanto para residentes válidos como incapacitados.

Según su financiación pueden ser públicas o privadas (sin ánimo de lucro, con ánimo de lucro, concertadas-que tienen convenio con la administración).

**Geriatría**: Rama de la medicina dedicada al anciano, que se ocupa no sólo del diagnóstico y tratamiento de enfermedades agudas y crónicas, sino también de su recuperación funcional y de su reinserción en la comunidad.

La Comisión Nacional de la Especialidad de Geriatría señala como fines particulares de esta los siguientes:

- El desarrollo de un sistema asistencial, a todos los niveles, que atiendan las múltiples alteraciones y problemas médico-sociales de los ancianos que, de forma aguda o subaguda, presenten como rasgo común la pérdida de independencia.
- Movilizar todos los recursos para devolver a la comunidad al mayor número posible de ancianos con una digna calidad de vida.
- Asistencia a los ancianos crónicos y con enfermedades invalidantes, mediante la asistencia continuada.
- Docencia y formación continuada del equipo multidisciplinar relacionado con la especialidad.
- Promover la investigación clínica en el campo geriátrico en sus vertientes clínica, social y biológica.

**Hogares y club**: Centros diurnos para ancianos válidos. El anciano realiza fundamentalmente tareas de ocio y socialización.

**Hospital de día**: Es un centro de atención diurna al anciano, sin camas de hospitalización y dinámico, donde el tiempo de estancia está definido en función del desarrollo terapéutico de programa que cada paciente lleva a cabo. Actúa como puente entre los cuidados hospitalarios y la vuelta a la comunidad. Su finalidad principal consiste en proporcionar rehabilitación.

**Proceso**: Encadenamiento coordinado de actuaciones.

**Protocolo**: Redacción formal de una metodología.

**Readaptación**: Conjunto de procedimientos terapéuticos y de medios paliativos que permiten devolver al paciente una autonomía lo más completa posible.

**Reeducación**: Conjunto de tratamientos que permiten restaurar al máximo el potencial anterior.

**Valoración geriátrica**: Es el proceso diagnóstico multidimensional e interdisciplinar destinado a cuantificar las capacidades y problemas médicos, mentales, funcionales y sociales del anciano con la intención de elaborar un plan exhaustivo para el tratamiento y seguimiento a largo plazo.

**Viviendas protegidas:** Ocupadas entre 4 y 10 personas, miniresidencias en torno a las 20 plazas con diferentes grados de protección. El mayor inconveniente es la convivencia.

## 5. BIBLIOGRAFÍA.

Geriatría XXI: Aspectos más importantes que determinan la calidad de vida de los mayores.

Eric Viel *Diagnóstico fisioterápico*. Editorial Masson.

González Mas, R.: *Rehabilitación Médica de Ancianos*". Masson. 1995

González Mas, R.: *Rehabilitación Médica*. Masson

Suteliffe, B.: *El papel de la Fisioterapia en la Tercera Edad. Colección de Rehabilitación*. IMSERSO. 1992

Bauer, D.: *Rehabilitación, enfoque integral*. Masson-Salvat. Barcelona 1992

Therenon, A., Pollez, B. *Rehabilitación en Geriatría*. Masson. Barcelona 1994

*Residencias para personas Mayores. Manual de orientación*. Panamericana.

*Gerontología y Derecho*. Panamericana.

García, L., Nebreda, D., Perlado, F.: *Enfermedad mental en el anciano*. Editorial Díaz de Santos.

Ferrey, G., Le Gouges, G., Bobes, J.: *Psicopatología del Anciano*. Masson.

De Nicola, P.: *Fundamentos de Gerontología y Geriatría*. Ed. Jims

De Nicola, P.: *Geriatría*. Ed Manuel Moderno S.A. de C.V. México.

Jiménez, F.: *Gerontología 1993*. Masson-Salvat.

Ribera, J.M., Cruz, A.J.: *Geriatría I y II*. Ed IDEPSA.

Arana, J. Y cols. *Envejecimiento Biológico y salud*. ICM Madrid 1986

Martinez Roca, Carstein, L., Edelstein, N.: *El envejecimiento y sus trastornos*. Barcelona 1989.

Krusen.: *Medicina Física y Rehabilitación*. Ed Médica Panamericana.

Juan, R. Parreño y cols. *Tercera Edad Sana. Colección de Rehabilitación*. IMSERSO 1990

Ruiperez, I., Llorente, P.: *Guía para auxiliares y cuidadores del anciano*. Mcgraw-Hill. Interamericana. 1ª Edición 1996. Madrid.

Rodríguez, S., Castellano, A.: *Intervención clínica y psicosocial en el anciano*. ICEPSS, 1ª Edición 1996

García, M.; Torres, M.P., Ballesteros, E. *Enfermería Geriátrica*. Masson.

## AUTORES

Caballero	Nahum	María	Nº Col. 106
Domenech	Gusano	Mª Dolores	Nº Col. 2456
Gómez	Fernández	Sergio	Nº Col. 2492
Membibre	Saavedra	María Paz	Nº Col. 1818
Polo	Medina	Angel	Nº Col. 2461
Rodríguez	Domínguez	María	Nº Col. 2463
Sánchez	Garrido	María Judith	Nº Col. 1789