

TEMA 1

Organización de la atención a las personas en situación de dependencia. Características y necesidades de las personas en situación de dependencia

Objetivos

Conocer cómo se organizan los centros encargados de la atención a personas en situación de dependencia

Identificar las características y necesidades básicas de las personas en situación de dependencia

Bibliografía

Pallàs; <http://www.novartismedicalnutrition.com/es>

"Manual de recomendaciones nutricionales en pacientes geriátricos"; Carmen Gómez Candela- José Manuel Reuss Fernández y otros; Novartis Consumer Health S.A. 2004

"Valoración nutricional en el anciano"; SENPE (Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral), SEGG (Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología).

American Occupational Therapy Association (AOTA). Julio. Año 2002 Volume 7. Issue 13. Págs. 12-17

Arruabarrena MÍ, De Paúl J. Manual de Protección Infantil. Ed. Masson. Barcelona Auxiliar de enfermería. Ed. Interamericana McGraw. Hill 2ª Edición.

B. Gil; Enfermería Geriátrica. Clínica y Práctica I. Editorial Paradigma. Madrid. 1.994

B. Kozier. Fundamentos de enfermería. Vol. I. Ed. Interamericana. McGraw- Hill. 7ª Edición

BOTELLA LLUSIA. Tratado de ginecología. Tomo I. Fisiología Femenina. Barcelona: Editorial Científico Médica.

Caídas en el anciano, ISSN 1698-3106, volumen 2 número 3, 2004

Dossier, Erb Olivieri. Fundamentos de enfermería: Conceptos, procesos y práctica. 4ª Ed. Interamericana McGraw-Hill. Madrid 1993.

Enfermería pediátrica. Whaley. Wong. Ed. Interamericana McGraw. Hill 2ª Edición

Federación española de sociedades de nutrición, alimentación y dietética. <http://www.fesnad.org/>

Geriátrica, Ronald Cape. Salvat editores s.a. ISBN 0-06-140622-0, 1982

Guía programa y actuaciones protocolarias en la práctica psiquiátrica. Dr. Rubén J. Díaz; Dr. Mª. Isabel Hidalgo. Ed. Harcourt-Brace de España, S. A. 1996.

Helping older adults prevent falls, Sandy Ceranski, Carol Haertlein Revista: OT Practice.

KASER O. FRIEDBERG V, OBER KG. THOMSEN K. ZANDER J. Ginecología y Obstetricia. Tomo 2. Barcelona: Salvat, 1974.

Knigh macheca, M.K. Enfermería Clínica: Técnicas y procedimientos. 4ª Ed. Editorial Harcourt Brace S.A. Madrid 1999.

Lourdes Gómez Díaz. Influencia de los factores sociales en el desarrollo del niño durante el primer año de vida.

Manual de enfermería en neonatología.2004

Martín Zurro, A. Cano Pérez J.F. Manual de Atención Primaria. Conceptos, Organización y Práctica Clínica. Ed. Doyma.1995.

Plan Gerontológico Nacional

Principles and practice of geriatric medicine, M.S.J. Pathy. ISBN 0-471-92403-2, 1991

Rodríguez Moreno, S; ICCEPS. Intervención Clínica y Psicosocial en el anciano. Capítulo 15.1995

Rodríguez Moreno, S; Intervención Clínica y Psicosocial en el anciano. ICEPSS; 421-445. 1995

Serra LL., Aranceta J., Mataix J. Nutrición y Salud Pública. Métodos, bases científicas y aplicaciones. Barcelona. Ed Masson. 1996.

Sociedad española de nutrición básica y aplicada. <http://www.senba.es/>

Whaley - Wong. Enfermería pediátrica. Ed. Interamericana. McGraw -Hill.

WILLIAMS. Obstetricia (3ª ed.). Barcelona: Salvat, 1986.

1. ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

1.1 Introducción

Si la intensidad de cuidados sanitarios determina la tipología de asistencia en las personas con problemas de dependencia, el grado de dependencia y el estado de la red social determinan la modalidad asistencial.

Estas modalidades abarcan los servicios residenciales, la atención diurna, la atención domiciliaria y el alojamiento. A su vez, también contemplan servicios de apoyo, formación, prevención y coordinación dirigidos a usuarios, a familiares y profesionales que intervienen en el cuidado y atención integral de estos casos.

Tanto los servicios residenciales como el internamiento se dirigen a usuarios que poseen una alta dependencia independientemente de la existencia o no de una red social adecuada. Este internamiento puede ser de media o de larga estancia.

La atención domiciliaria está dirigida a aquellos usuarios con una adecuada red social, y con dependencia moderada y severa. De la atención diurna se benefician los usuarios que poseen una baja dependencia y conservan una adecuada red social.

Los servicios de alojamiento, tales como pisos tutelados u otras modalidades residenciales, son requeridos por los usuarios con baja dependencia e inadecuada red social.

Veamos las diferentes tipologías generales de centros al servicio de las personas con dependencia.

1.2 Centros residenciales

A. Origen

La atención a las necesidades de las personas mayores es tan antigua como la civilización. Los primeros vestigios de la misma, de una manera organizada en nuestra sociedad, se remontan al año 1875, cuando organizaciones benéficas representadas en su mayoría por órdenes religiosas atendían a los ancianos dándoles cobijo y manutención, con criterios estrictamente benéficos.

La pobreza, el hacinamiento, las deficientes condiciones higiénico-sanitarias y alimentarias de la época hacen que se produzca un descenso de la población anciana con tasas de mortalidad muy altas.

Ante esta situación sociosanitaria el Gobierno de la Nación responde, en el año 1890, con la creación de la Comisión de Reforma Social, dependiente del Ministerio de la Gobernación.

Posteriormente se crean organismos específicos de los que depende directamente la asistencia de las personas mayores, como son el Instituto Nacional de Previsión o el Servicio de Asistencia al Anciano.



El origen de lo que posteriormente se denominaría “geriatria” aparece como una respuesta social a la necesidad de un colectivo, en aquella época minoritario.

Tras la sucesiva creación de nuevos organismos encargados de la protección a los mayores, la situación desemboca en la creación del INSERSO en el año 1979.

Las actuaciones en favor del bienestar de los mayores pretenden la igualdad de oportunidades en el acceso a los bienes y servicios de que dispone la sociedad, de manera que se posibilite el logro de sus objetivos vitales, de sus aspiraciones personales. Se trata de ofertar oportunidades a todos los ancianos y facilitar su acceso a los sistemas ordinarios de protección, en especial a aquellas personas mayores más vulnerables en razón de su pobreza, de su abandono, de su enfermedad o aislamiento.

La ancianidad no es solo receptora de prestaciones, también es agente de transformación social; por ello este colectivo ha de participar en las decisiones de la sociedad civil y, especialmente, en aquellas que le afecten.

Las acciones de los servicios sociales irán encaminadas al bienestar de las personas de edad y a mantener su autonomía personal y su integración social.

Todas las medidas de atención se orientarán a que el individuo asuma la circunstancia envejecimiento/ jubilación sin deterioro de su propia estima, pudiendo llevar una vida independiente en el seno de su propia familia o como miembro de una comunidad.

Una política como la que se pretende procurara acercar la asistencia social al ámbito más próximo al individuo, manteniéndole en su entorno y facilitando, por otra parte, que se potencie la solidaridad y el apoyo mutuo entre las generaciones.

La acción social en favor de las personas de edad exige una adecuada organización de las necesidades y de los recursos, de ahí la obligatoriedad de someter dicha acción a determinados criterios que los racionalicen y potencien.

El cambio demográfico producido en la población en los últimos tiempos, lo que se conoce como el fenómeno social del envejecimiento de la población, constituye uno de los más serios retos al que ha de enfrentarse nuestra sociedad y cuya complejidad requiere respuestas particulares y coordinadas de los distintos sistemas de protección social.

En los últimos años, se ha producido un incremento espectacular de la esperanza de vida. Por otra parte, la caída de la tasa de natalidad, junto a las importantes modificaciones producidas en nuestra sociedad, que ha pasado de un estilo de vida rural a otro urbano, caracterizado por la reducción de las redes de apoyo social, nuclearización de la familia e incorporación de la mujer al trabajo, hacen necesaria la articulación de recursos, medidas y actuaciones por parte de las Administraciones Públicas.

La vejez es compleja y heterogénea y es fruto de la influencia de aspectos biológicos, psicológicos y sociales y, debe ser entendida como una fase más del ciclo vital, con la riqueza y la diversidad que, al igual que otras etapas de la vida, posee.

Este sector de población tan numeroso presenta diversidad de necesidades que requieren respuestas igualmente diversificadas. Actualmente las respuestas de las Administraciones Públicas a tales necesidades no están suficientemente adaptadas a tal diversidad. Urge, por tanto, desarrollar recursos, servicios y programas adaptados a la realidad cambiante y diversa que las personas presentan a partir de sus 65 años.

B. Concepto

Se entiende por establecimiento residencial o centro dedicado a la atención de personas mayores, el conjunto de inmuebles y servicios destinados al alojamiento, sea transitorio o permanente, a la atención alimenticia y a todas aquellas atenciones asistenciales dirigidas a diez o más personas.

Se establece la siguiente tipología de centros residenciales, en atención a las condiciones físicas de los residentes:

- a) Centros residenciales para ancianos con autonomía.
- b) Centros residenciales para ancianos que precisen ser asistidos.
- c) Centros residenciales mixtos.

Son centros residenciales para ancianos con autonomía aquellos establecimientos destinados a la estancia y atención, temporal o permanente, de personas mayores que puedan desarrollar las actividades más comunes de la vida diaria sin la asistencia de otras personas.

Son centros residenciales para ancianos que precisen ser asistidos aquellos establecimientos destinados a la estancia y atención, temporal o permanente, de personas mayores que padecen patologías crónicas o invalidantes que les imposibilitan el valerse por sí mismos, necesitando la asistencia de terceras personas para realizar todas o algunas de las actividades más comunes de la vida diaria.

Son centros residenciales mixtos aquellos establecimientos en los que conviven, conjuntamente, personas mayores con autonomía y asistidas.

Además de lo descrito hasta el momento, otros autores referencian los centros residenciales como centros de alojamiento y de convivencia que tienen una función sustitutoria del hogar familiar, ya sea de forma temporal o permanente, donde se presta a la persona mayor una atención integral.

Las Administraciones Públicas fomentaran las estancias temporales en centros residenciales, entendiéndose estas como la permanencia por un periodo de tiempo predeterminado. Forman parte de los servicios sociales especializados.

Son centros de alojamiento y de convivencia que tienen una función sustitutiva del hogar familiar, ya sea de forma temporal o permanente, y donde se presta una atención integral. Estos centros se clasifican en miniresidencias (de 13 a 59 plazas), residencias (de 60 a 120 plazas) y macroresidencias o grandes centros residenciales (por encima de 120 plazas). Del mismo modo, se habla de residencias asistidas a aquellas con plazas residenciales para aquellas personas que presentan una dependencia permanente que les impide desarrollar las actividades de la vida diaria. Las residencias de válidos serían aquellas que tienen plazas solo de personas que se valen por sí mismas para realizar todas las actividades básicas. Las residencias mixtas (la gran mayoría de las residencias actuales) atienden y cuidan de la persona mayor tanto si son dependientes como si no son válidos.

C. Destinatarios

Las normativas vigentes tienen por objeto regular y garantizar un sistema integral de atención y protección a las personas mayores, que cuente con la colaboración y participación de todas las Administraciones Públicas así como de los propios sectores sociales a la que va dirigida y cuyas actuaciones respondan a una acción planificada, coordinada y global donde se contemplen medidas en todas las áreas que afectan a estas personas a fin de conseguir los siguientes objetivos:

- Impulsar y mejorar el bienestar físico, psíquico y social de las personas mayores y proporcionarles un cuidado preventivo, progresivo, integral y continuado, en orden a la consecución del máximo

bienestar en sus condiciones de vida, prestando especial atención a aquellas con mayor nivel de dependencia.

- Velar por la suficiencia económica de las personas mayores con objeto de favorecer su integración social.
- Procurar la integración de las personas mayores en todos los ámbitos de la vida social mediante su participación en las actividades que se lleven a cabo en su entorno físico y cultural, así como fomentar la aportación de sus conocimientos y experiencia a las restantes generaciones.
- Posibilitar la permanencia de los mayores en el contexto sociofamiliar en el que han desarrollado su vida.
- Promover las condiciones precisas para que las personas mayores lleven una vida autónoma, ofertando los medios para desarrollar sus potencialidades y frenar los procesos involutivos que acompañan a la edad avanzada.
- Prevenir y evitar situaciones de riesgo social que puedan dar lugar a situaciones de maltrato y desasistencia.
- Favorecer la solidaridad entre las generaciones.
- Fomentar la participación del movimiento asociativo de las personas mayores en el proceso de integración comunitaria.
- Sensibilizar a la sociedad andaluza respecto de la situación de las personas mayores, con las exigencias que plantea la evolución demográfica actual y futura y con las consecuencias del progresivo envejecimiento de la población de la Comunidad Autónoma.
- Potenciar la implicación social por medio del desarrollo de medidas que promuevan la solidaridad hacia las personas mayores con especiales necesidades de atención.
- Establecer los mecanismos de apoyo generacional necesarios, consistentes en medidas de acción positiva que posibiliten que la obligada transición de la vida activa laboral a la situación de jubilación o de inactividad laboral asimilada se realice de la forma menos traumática posible.
- Propiciar la participación de las personas mayores, a través de las organizaciones en que se integran, en el proceso de toma de decisiones sobre el planeamiento y gestión del sistema de atención y protección.

El objetivo básico de los Servicios Sociales Comunitarios para las personas mayores será el de promover su integración y participación en la sociedad, favoreciendo el mantenimiento en su medio habitual y evitando su marginación. Para ello:

- Los Servicios Sociales Comunitarios dispensarán prestaciones y servicios mediante actuaciones personalizadas, polivalentes, integradoras, complementarias, técnicas y preventivas tendentes a mejorar la calidad de vida de las personas mayores.
- Los Servicios Sociales Comunitarios responderán a las necesidades de las personas mayores mediante información sobre recursos existentes, gestión de prestaciones, ayuda a domicilio y, en general, mediante la atención especial a personas con problemas de integración social.
- Los Servicios Sociales Comunitarios actuarán tanto en el ámbito individual como de grupo, dando apoyo a las asociaciones de personas mayores y a sus familiares.

1.3 Centro de día

Son centros de promoción del bienestar de las personas mayores tendentes al fomento de la convivencia, la integración, la participación, la solidaridad y la relación con el medio social, pudiendo servir, sin detrimento de su finalidad esencial, de apoyo para la prestación de Servicios Sociales y Asistenciales a otros sectores de la población.

El Centro de Día debe constituir la base de una asistencia sectorizada al anciano, concibiéndose como un establecimiento dotado de una gran polivalencia de servicios. En los Centros debe existir una Unidad de Planificación y Gestión que organice y coordine las funciones de todos los servicios de cada sector, con participación importante en la dirección del mismo de personas pertenecientes a la tercera edad y debe ser el que coordine las acciones de las Instituciones públicas y privadas que dedican su atención al anciano.

Los servicios o unidades que debe tener un Centro de Día son:

- a. Asistencia médica. Fundamentalmente potenciando la medicina preventiva o gerocultura, con el fin de detectar todas aquellas alteraciones que puedan hallarse con exámenes de salud de carácter básico, así como la programación de charlas de educación sanitaria particularmente dirigidas al anciano. Por otra parte, este servicio puede llevar el control primario y su correspondiente tratamiento de enfermedades o procesos morbosos que no requieran medios auxiliares de exploración de enfermería: inyecciones, curas, etc.
- b. Asistencia psicogeriatría. De gran importancia en el marco de la asistencia al anciano y casi completamente olvidada en la actualidad. Su acción tanto desde el punto de vista preventivo como terapéutico puede llevarse a cabo dentro del Centro de Día.
- c. Asistencia rehabilitadora. Como en todos los niveles de asistencia al anciano, la terapia rehabilitadora es fundamental y debe estar orientada esencialmente a la aplicación de técnicas de revitalización, terapia de mantenimiento y practica de ejercicios físicos y deportes y juegos al aire libre. Por otra parte, es imprescindible el desarrollo de programas de Terapia Ocupacional, fundamentalmente orientados a la terapia de sostén y recreativa.

1.4 Residencias Asistidas

En los casos en que la enfermedad crónica o síndrome invalidante del anciano requiera unos cuidados especiales y mas continuadas, y siempre que existan las circunstancias que obligan al ingreso en una residencia, se hace necesario la existencia de la Residencia Asistida o la creación de Módulos Asistidos en una Residencia normal con lo que se la convierte en Residencia Mixta.

1.5 Asistencia geriátrica y rehabilitación integral

La asistencia geriátrica actual debe basarse en la potenciación de Hospitales y Centros de Día que, debidamente sectorizados, puedan atender mayor número de población anciana con menores costes de inversión y mantenimiento, al mismo tiempo que se consigue una mayor integración del anciano en el medio social en que se desenvuelve.

1.6 Hospital de Día

El Hospital de Día es una unidad de funcionamiento exclusivamente diurno donde acuden los pacientes en fase post hospitalaria, para completarla rehabilitación iniciada. Pasa una jornada completa en el Hospital desarrollando un estudiado programa en el que se entremezclan la fisioterapia, la terapia ocupacional, la asistencia de enfermería y las terapéuticas sociales.

Esta unidad presta un innegable e importante servicio en la recuperación de pacientes ancianos y es, a la vez, un importante centro de investigación y prácticas clínicas. Se deberán atender a los pacientes que requieran cuidados de enfermería y que el programa de rehabilitación deba orientarse fundamentalmente a la anulación de la sintomatología invalidante, porque se encuentre en fase evolutiva o se presente una reagudización de un proceso crónico establecido.

En general se puede precisar que el Hospital de Día, en un programa asistencial coordinado, debe reservarse exclusivamente para ancianos que necesiten cuidados especiales, tanto en enfermería, como de rehabilitación por encontrarse su enfermedad en fase evolutiva y, por tanto, el tratamiento de rehabilitación ha de ser específico del síndrome invalidante que presente.

1.7 Asistencia social

El Departamento de Asistencia Social es imprescindible en cualquier nivel de asistencia geriátrica. Sin entrar en un análisis exhaustivo de sus funciones, básicamente serán las siguientes:

- Coordinación con los departamentos de Asistencia Social de otros niveles asistenciales: Hospital de Día, Residencias de Válidos, Residencias Asistidas, Instituciones públicas o privadas dedicadas a la asistencia a la tercera edad, con el fin de unificar criterios y coordinar las acciones para una mejor y más eficaz asistencia.
- Coordinación de la Ayuda a Domicilio: Por medio del estudio de la problemática del anciano en su hábitat con el fin de conocer las necesidades, tanto de tipo médico como social y encauzar las diversas acciones con los departamentos o unidades implicadas, a fin de conseguir una correcta asistencia, tanto en la vivienda propia, familiar como en los apartamentos.
- Relaciones familiares: Un capítulo importante, como se ha analizado al principio de nuestro trabajo son las relaciones familia-anciano, causa, muchas veces, de los desajustes psíquicos y sociales del anciano. Por tanto un análisis objetivo de las situaciones, son entrevistas personales o en grupo, pueden resolver los conflictos familiares y generacionales para conseguir una adaptación socio-familiar.
- Formación Cultural y Tiempo Libre: Entroncadas directamente con la asistencia de rehabilitación en su Unidad de Terapia Ocupacional y como complemento y apoyo de la misma, la organización de charlas, cursos de formación cultural, viajes, excursiones, juegos de salón, T.V., teatro, etc., ayudan a la ocupación del Tiempo Libre y puede llenar una laguna en la vida del anciano que por falta de oportunidades, tiempo o posibilidades de cualquier índole, ha sido incapaz de realizar.

Sin que el resto de las funciones del Departamento de Asistencia Social lo considere de segundo orden, la organización y coordinación de estas actividades, pueden ser la base de la integración del anciano en el centro y en el medio social.

1.8 Comedores

En el centro ha de existir un servicio de comidas para los asistentes al mismo y la organización mediante un servicio de transporte de las comidas previstas en la ayuda domiciliaria.

La ayuda domiciliaria ha de estar coordinada por el Departamento de Asistencia Social del Centro de Día en conexión con el del Hospital de Día, con el fin de mantener debidamente asistidos a los ancianos, enfermos crónicos o inválidos, dentro de sus domicilios habituales, que necesiten una ayuda médico-sanitaria y social, parcial o total.

La asistencia a domicilio, no obstante, está limitada por:

- Mentalidad de un gran número de poblaciones que piensa que, al no ser los servicios debidamente retribuidos, no pueden tener una calidad aceptable.
- Abandono e ignorancia del anciano para solicitarlo.
- Dificultades en los grandes núcleos de población por la gran dispersión de viviendas y escasez de Centros que prestan estos servicios.
- Falta de información de la población en general que desconoce la prestación de este tipo de asistencia.

1.9 Servicios varios

Entre ellos se puede citar los de:

- Podología
- Odontología
- Peluquería
- Cafetería
- Biblioteca, etc.

Estos servicios pueden cubrir las necesidades y complementar una asistencia geriátrica integral.

1.10 Tratamiento de rehabilitación

Con el fin de evitar en lo posible la codificación del anciano, sería necesario:

A. Correcta medicina preventiva

Mediante higiene física, higiene mental, régimen de vida, alimentación, reconocimientos periódicos, etc. Dentro de estas medidas es de suma importancia la realización de ejercicios físicos programados según la capacidad de cada anciano y ejecutados en el Servicio de Rehabilitación, mediante tablas dirigidas por un profesor o monitor de educación física.

B. Correcta medicina asistencial

Enfocada concretamente a la enfermedad aguda, tratada en la Unidad Geriátrica y con tratamiento de rehabilitación precoz, que evitara la aparición de síndromes invalidantes, que una vez instaurados puedan hacer muy difícil la independencia posterior del paciente.

En muchas ocasiones estos tratamientos se podrán llevar a cabo en las Enfermerías de las Residencias, en el caso de que el anciano resida en ella, estando bien dotadas y aplicándosele el correspondiente tratamiento de rehabilitación.

C. Correcta medicina rehabilitadora

En la enfermedad aguda o en la fase evolutiva o de reagudización de una enfermedad crónica se debe seguir un programa de rehabilitación (fisioterapia, logoterapia, terapia ocupacional, etc.) específico, con el fin de anular las secuelas invalidantes y conseguir, al menos, estabilizar el proceso y dar una independencia en la movilidad y actividades esenciales de la vida diaria, con las que el anciano se sentirá útil o, al menos, no tendrá necesidad de recurrir a otra persona para el desarrollo de sus necesidades vitales.

El tratamiento de rehabilitación en el anciano sano se fundamenta en la prevención de la disminución física debida a la involución senil que puede llegar a desencadenar un síndrome invalidante.

Indudablemente debido al proceso de involución senil, existen siempre alteraciones de órganos y aparatos que, aunque asintomáticas, en un determinado momento pueden evolucionar y determinar la aparición de una sintomatología, que incluso en ocasiones puede llegar a producir, sino una invalidez, si una disminución de la capacidad física del sujeto.

Los síndromes involutivos que con más frecuencia pueden determinar la aparición de invalidez, en sus distintos grados, en el anciano son:

- Síndromes de aparato respiratorio
- Síndromes de aparato locomotor
- Síndromes vasculares periféricos
- Alteraciones estáticas

Para prevenir la aparición de dichos síndromes, o en su caso evitar las agudizaciones, se recomienda el programa de revitalización geriátrica.

Por otra parte es frecuente en el anciano la presencia de trastornos en la circulación periférica, arterial, venosa o linfática, para lo cual se ensena un tratamiento postural correcto, así como una cinesiterapia específica dirigida a la prevención y tratamiento de tales procesos.

Por último se recomiendan una serie de ejercicios para evitar la aparición de alteraciones estáticas fortaleciendo la musculatura de cadera, rodilla, tobillo y pie y mantener la movilidad de dichas articulaciones.

Dentro del programa de rehabilitación constituye un elemento esencial de Terapia Ocupacional, aplicada con sus distintos fines en cualquier síndrome invalidante o situación del anciano. En general los fines que persigue la Terapia Ocupacional en la atención al anciano son:

- Mantener la función psicofísica
- Adaptar su estado físico a sus necesidades sociales
- Estimular los contactos sociales
- Ocupar el tiempo libre.

Sin embargo, no es fácil mentalizar al anciano para el desarrollo de actividades y en general se han de vencer ciertos obstáculos que se presenten en multitud de ocasiones:

- Falta de decisión y motivación
- Falta de confianza en sí mismo
- Aislamiento, como consecuencia de la falta de relación con el mundo exterior.

En la práctica de ejercicios físicos y deportes, quizá por convencionalismos, el deporte, como el juego, no cuesta situarle conceptualmente en el marco de las actividades propias de la infancia o de la juventud, e incluso de la madurez ociosa pero, sin embargo, no sucede igual cuando el ejercicio deportivo trata de referirse a las personas de edad avanzada.

Mediante la práctica de ejercicios físicos y deportivos se busca:

- Aumentar la agilidad
- Aumentar la coordinación.
- Aumentar la estabilidad.
- Conseguir una potencia muscular suficiente para el desarrollo de una actividad normal.
- Conseguir la adquisición de reacciones defensivas ante estímulos externos que puedan desencadenar algún peligro.



El entrenamiento de las personas mayores, no habituadas a los ejercicios deportivos, deben partir de la educación física y de la gimnasia.

Así pues, tratar de conseguir la independencia, por una parte y ocupar el tiempo libre del anciano, por otra, son las dos características básicas sin olvidar que en ocasiones la realización de trabajos que de alguna forma pueden reportar un beneficio económico al paciente resulta de suma utilidad en la total integración a su medio social.

D. Estructura de los servicios de rehabilitación

La base de la estructura de los Servicios de Rehabilitación ha de estar constituida por una Sección de Fisioterapia, una Sección de Terapia Ocupacional y una Sección de Ejercicios Físicos y Deportes.

a. Sección de Fisioterapia

Donde se llevara a cabo el tratamiento específico del síndrome invalidante constituido o los ejercicios de Revitalización, dirigidos por un fisioterapeuta, y ayudados por auxiliares de clínica debidamente preparadas. Esta sección deberá constar como mínimo de: