

Fisioterapia en el anciano

Valoración fisioterapéutica, escalas de las actividades de la vida diaria, actividades de prevención y promoción. Atención fisioterapéutica en el anciano discapacitado. Los accidentes en el anciano: caídas y otros riesgos. Plan Gerontológico Nacional: generalidades.

1. Introducción

- Concepto de tercera edad
- Factores que concurren en los síndromes invalidantes
- Situaciones patológicas comunes en la tercera edad

2. Valoración fisioterapéutica. Escalas de A.V.D.

- Tipos de procesos patológicos en el anciano
- Medidas de prevención contra la incapacidad
- Escalas de A.V.D. más usadas

3. Actividades de promoción y prevención

- Niveles de promoción
- El anciano encamado
- Prevención de las úlceras por presión
- El ejercicio físico y el deporte en el anciano

4. Atención fisioterapéutica en el anciano discapacitado

- Patología osteoarticular en el anciano: artritis reumatoide, enfermedad degenerativa articular: artrosis y osteoporosis
- Patología respiratoria en el anciano: Deterioro funcional del sistema respiratorio, profilaxis respiratoria y técnicas fisioterápicas
- Traumatología en el anciano: fractura de cadera, fractura de Colles y síndrome postcaída
- Pie geriátrico: profilaxis de las afecciones del pie y tratamiento fisioterápico del pie geriátrico

5. Las caídas en el anciano

- Factores de riesgo para las caídas en el anciano
- Consecuencias de estas caídas
- Prevención de las caídas: recomendaciones

6. Plan Gerontológico Nacional

- Conceptos introductorias
- Objetivos generales
- Sumario del Plan

1. INTRODUCCIÓN

Se dice que una persona entra en la tercera edad cuando cumple los 60 años. La vejez no es una enfermedad, aunque sí es sabido que los ancianos están sometidos a menudo a síndromes invalidantes, de los cuales hay que diferenciar entre los procesos que se favorecen de la ancianidad biológica de los que resultan de una ancianidad patológica.

Estos síndromes invalidantes son los que la fisioterapia trata de compensar; ya que la presencia de enfermedades se da en el anciano con mayor facilidad y frecuencia que en el individuo joven, siendo su recuperación además, más lenta e incompleta. Diversos factores en el anciano ayudan a ello:

- Disminución fisiológica de audición y vista.
- Pérdida general de fuerza y disminución de potencia muscular.
- Disminución de la estabilidad.
- Lentificación de reacciones defensivas.
- Alteraciones articulares.

Además de una serie de situaciones patológicas más comunes en la tercera edad como son:

- Artritis
- Parálisis
- Vértigos
- Atrofias musculares, etc.

La actitud fisioterápica en el paciente geriátrico debe encaminarse básicamente a mantener la independencia en la movilidad y en el desarrollo de las actividades de la vida diaria (AVD).

2. VALORACIÓN FISIOTERAPÉUTICA, ESCALAS DE A.V.D.

Siguiendo con el papel que la fisioterapia puede proporcionar a las personas de la tercera edad, debemos tener en cuenta 3 tipos de procesos patológicos que pueden tener lugar en el anciano:

1. **Síndromes invalidantes:** Que aunque no son síndromes exclusivos de la tercera edad, en estos cursan con una forma propia de presentación (P. Ej: Hemiplejías por ACV).
2. **Síndromes no invalidantes:** Pero cuya recuperación en el anciano es más lenta por los efectos desastrosos de la inactividad física, mental y social; de tal modo que los afectados requieren ayuda para recuperar su independencia.
3. **Síndromes involutivos y degenerativos:** Propios del "envejecimiento biológico", como puede ser la enfermedad de Alzheimer.

Como nuestro objetivo se centra en mantener la independencia en las AVD, en los síndromes invalidantes y en los no invalidantes debemos aplicar **medidas de prevención contra la incapacidad** que pueda presentarse y contra las complicaciones secundarias y/o tratamiento activo que anule la sintomatología invalidante. Las técnicas para conseguir este objetivo no difieren de las que puedan ser utilizadas para cualquier tipo de paciente y de cualquier edad, quizás sí difieran los objetivos. En el anciano debemos perseguir la independencia por lo que debemos buscar las capacidades residuales, potenciándolas y buscando compensaciones; se deberá calmar el dolor, conseguir una marcha independiente (aunque sea con ayuda), mejorar el equilibrio (quizá no al 100%), buscar el ángulo útil aunque no sea completo, etc.

En los **síndromes involutivos y degenerativos** debemos actuar con actividades físicas y deportivas generales que ayuden a retrasar o paliar las

alteraciones de órganos y/o aparatos que aunque cursen de forma asintomática, en un momento determinado pueden evolucionar y determinar la aparición de una patología que pueda llegar a producir invalidez o disminución de la capacidad física del sujeto. Las actividades físicas y deportivas son la más eficaz de las armas contra el envejecimiento, pues no solo retrasa los procesos biológicos de aquel, sino que determina una relajación psíquica, distensión, euforia y confianza en uno mismo.

La Fisioterapia en el anciano



En un segundo apartado las **escalas de actividades de la vida diaria**, diremos que esta evaluación se encuentra dentro del ámbito de la Terapia Ocupacional, pero aun así alguna de éstas actividades pueden ser evaluadas por un fisioterapeuta. Definimos primeramente **evaluación funcional** como el método que describe las aptitudes y limitaciones para medir el empleo que un individuo realiza de una variedad de habilidades incluidas en el desempeño de las tareas necesarias para la vida diaria, las actividades recreativas, la actuación ocupacional, las interacciones sociales y otras conductas necesarias.

En general, los instrumentos de evaluación que utilizaremos, deben:

- Describir de forma objetiva el estado funcional del anciano.
- Repetirse de forma seriada para detectar alteraciones
- Recoger datos que sean de utilidad para el tratamiento
- Mejorar la capacidad de comunicación en el equipo interdisciplinar
- Aportar datos compatibles y comparables que permitan su uso para la investigación.

Entre las **escalas de AVD** más conocidas podemos encontrar:

- **FLS**: Escala de la vida funcional, contiene 44 ítems con valoración de 1 a 4, su uso está extendido en el ámbito extrahospitalario.
- **AMA**: Guías para la evaluación del menoscabo permanente.
- **LRES**: Sistemas de evaluación de espectro amplio, sirve para comprobar la necesidad de servicios y la gravedad de la discapacidad.
- **PPC**: Patient profile chart: Tabla del perfil del paciente, gráfico que relaciona valor de la fuerza muscular y la aptitud funcional comparativa.
- **MIF**: índice funcional de movilidad; consta de 7 niveles y 18 ítems agrupados en seis áreas: cuidado personal, control de esfínteres, movilidad, locomoción, comunicación y conocimiento social.
- Escala de discapacidad física de la **Cruz Roja**: establece 6 niveles de dependencia valorados de 0 a 5: 0 se vale por sí mismo, 1 realiza AVD continente total y deambula con dificultad, 3 alguna dificultad en AVD necesita ayuda, 3 grave dificultad en las AVD, 4 necesita ayuda completa y 5 inmovilizado en cama.
- **Barthel**: evalúa 10 aspectos de las AVD, adignando a cada uno de ellos un valor ponderado según su importancia y repercusión funcional. La máxima puntuación se establece en un 100% y la mínima en un 0%. Atribuye a cada uno de los aspectos lo referido en la tabla siguiente:

Escala de Barthel	
Alimentación 10%	Lavado (Baño) 5%
Vestirse 10%	Arreglarse 5%
Deposición 10%	Micción 10%
Retrete 10%	Traslado sillón / cama 15%
Deambulaci3n 15%	Escaleras 5%

3. ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

Como medidas preventivas y educativas hay 3 niveles en todos los cuales la contribución de la fisioterapia es fundamental:

- **Prevención primaria:** consiste en reducir el número de deterioros, incluyendo la educación sanitaria y la buena forma física
- **Producido el deterioro:** se propone limitar las discapacidades mediante tratamiento precoz y prevenir complicaciones.
- En las **incapacidades irreversibles** intentamos reducir la minusvalía mediante el entrenamiento, autoatención y la adaptación al medio APRA recuperar el funcionamiento máximo posible al que podamos optar.

En primer lugar hablaremos del peor de los casos: **el anciano encamado**. En los cuales ya sea por enfermedad o por intervención quirúrgica, debemos someterlos lo antes posible a un tratamiento postural y profiláctico adecuado. El encamamiento prolongado es el primer enemigo de la fisioterapia del anciano. En estos pacientes se deben tomar las siguientes medidas preventivas:

- Mantener al paciente en una posición cómoda, la cual debe ser modificada con regularidad para evitar que se dañe la piel en los puntos de presión.
- Mantenerlo limpio y atender sus necesidades fisiológicas.
- Asegurarse de que ingiere los alimentos adecuados y el suficiente líquido.
- Mantener la función respiratoria.
- Proteger la piel.
- Prevenir las complicaciones que conlleva la pérdida de posturas funcionales.

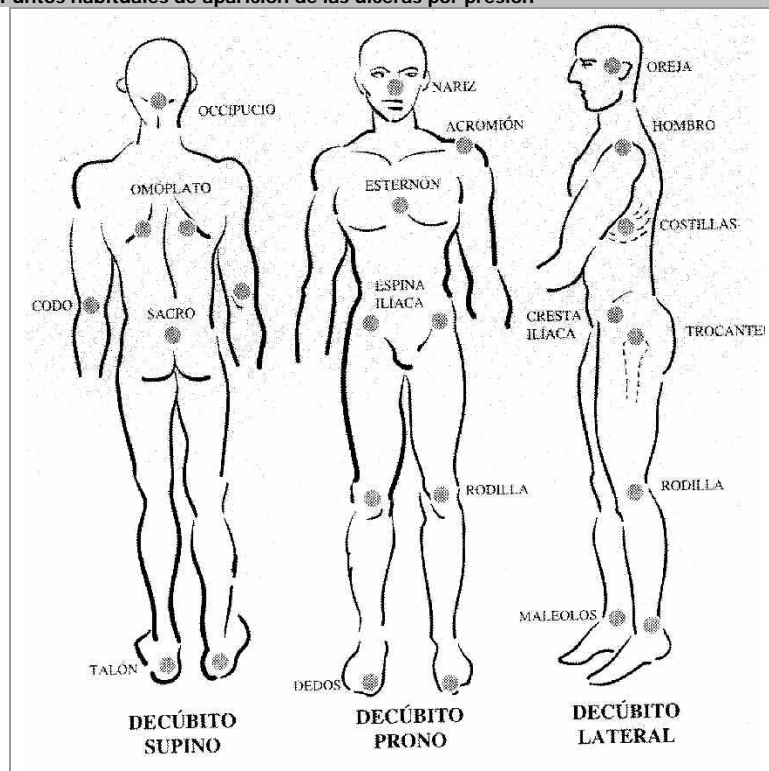
En este último aspecto nos fijamos en la facilidad de encontrarnos con un pie equino y contracturas de cadera, rodilla, muñeca, codo y hombros que pueden evitarse realizando movilizaciones pasivas de las articulaciones y corrigiendo con frecuencia las posiciones anormales.

Otro apartado del anciano encamado que requiere nuestra atención es la de **prevención de las úlceras por presión:** lesión que se produce en la piel de cualquier parte del cuerpo al ejercer sobre ésta una presión prolongada contra un plano duro. Los principales puntos donde puede adquirirse estas úlceras se ven reflejados en la figura adjunta.

Para prevenir estas úlceras es conveniente seguir con cuidado los siguientes puntos:

- Examen diario de la piel del anciano.
- Movilizaciones pasivas articulares.
- Disminuir la presión y modificar los puntos de presión mediante cambios posturales cada 2 horas en pacientes encamados y en pacientes en sedestación cada 30 minutos.
- El cabezal de la cama debe tener una inclinación inferior a 30°.
- Utilizar colchones de presión variables (colchones antiescaras).

Puntos habituales de aparición de las úlceras por presión



- Colocar protectores locales de material acolchado para proteger las prominencias óseas.

Un último aspecto a destacar dentro de las actividades de promoción y prevención en el anciano son el **ejercicio físico y el deporte**, que aportan numerosos beneficios psicofísicos:

- Un buen estado físico que le hace autosuficiente en los quehaceres de la vida diaria.
- Un amplio círculo de relaciones sociales
- Dar un sentido lúdico-recreativo a su tiempo de ocio y un aspecto más dinámico en su vida general.

El deporte controlado y el ejercicio físico en la tercera edad proporciona innumerables beneficios fisiológicos: controlar la atrofia muscular, favorece y mejora la movilidad articular, disminuye o frena la descalcificación ósea, hace más efectiva la contracción cardíaca, favorece la eliminación de colesterol (disminuye el riesgo de arterioesclerosis e hipertensión, reduce el riesgo de formación de coágulos en vasos sanguíneos, disminuye el riesgo de trombosis y embolias), disminuye el riesgo de infarto de miocardio, el riesgo de ACV, aumenta la capacidad ventilatoria y la respiración en general, reduce/controla la obesidad, disminuye la formación de depósitos (cálculos) en riñones y conductos urinarios, etc.

Eso sí, existen muchas limitaciones tanto por el tipo de ejercicio físico-deportivo a realizar, como por las características del anciano; así encontramos:

- Deportes de bajo riesgo: Tiro con arco, petanca, bolos, etc, deportes que se pueden hacer practicar a casi cualquier anciano sin problemas.
- Deportes de riesgo medio: Son deportes como el badminton, tenis por parejas, marcha no superior a 2 Kms, etc.
- Deportes de alto riesgo: Excesivamente fuertes para cualquier anciano, como pueden ser maratones, motorismo, alpinismo, etc.

Hay una serie de contraindicaciones para la práctica de deporte en la tercera edad, que pasamos a desglosar a continuación:

CONTRAINDICACIONES ABSOLUTAS	CONTRAINDICACIONES RELATIVAS
Infecciones/Inflamaciones agudas	Enfermedades vasculares compensadas
Enfermedades Infecciosas crónicas	Obesidad desmedida
Procesos tumorales malignos	Marcapasos cardíacos
Grandes insuficiencias cardíacas y/o respiratorias	
Grandes insuficiencias hepáticas y/o renales	
Estenosis coronarias graves y/o infartos recientes	
Embolias pulmonares recientes	

Por supuesto, antes de comenzar a realizar cualquier ejercicio físico/deportivo continuado, se realizará un examen médico previo, que incluirá fundamentalmente: frecuencia cardíaca en reposo, capacidad vital, tensión arterial y antecedentes de lesiones o enfermedades de interés.

Y recordar siempre que: El ejercicio físico da más años a la vida, y más vida a los años.

4. ATENCIÓN FISIOTERAPÉUTICA EN EL ANCIANO DISCAPACITADO

4.1. PATOLOGÍA OSTEOARTICULAR EN EL ANCIANO

Artritis reumatoide

Las artritis reumatoides que aparecen en edades avanzadas suelen manifestarse de dos formas: o simétricamente en las articulaciones periféricas (típicas las malformaciones en dedos y muñecas) o en las articulaciones proximales (cadera y hombro) con prolongada rigidez matutina.

En fisioterapia distinguimos dos fases para su tratamiento:

- **Fase aguda:** Reposo en cama con posición correcta (cama firme, almohada baja, arco en los pies para evitar que el peso de la ropa produzca úlceras, no almohadas bajo las rodillas por el riesgo de genu flexo, cambios posturales precisos, brazos separados del tronco, manos abiertas) y cinesiterapia general para prevenir la atrofia muscular y la rigidez articular.
- **Fase crónica:** En el anciano con AR el equilibrio entre reposo y actividad es más delicado que en el joven por las negativas secuelas que supone la inactividad en el mismo. A los ejercicios de cinesiterapia ya descritos añadimos hidroterapia en piscina climatizada que reduce la rigidez y favorece el movimiento activo. En la mano artrítica tienen especial importancia las férulas de reposo para prevenir/corregir deformidades y juega un papel fundamental la terapia ocupacional.

Enfermedad degenerativa articular: Artrosis

La artrosis es la forma más frecuente de enfermedad degenerativa articular. Consiste en una degeneración de los tejidos que conforman las articulaciones. Tiene especial incidencia en la columna vertebral y dentro de esta son muy recidivantes las artrosis cervicales. En ellas el tratamiento fisioterápico es muy efectivo: Ultrasonidos (por el dolor), termoterapia (Microonda u Onda corta), masajes relajantes y ejercicios cervicales para recuperar los arcos de movimiento.

La artrosis para el resto de las articulaciones tiene un tratamiento parecido basado en reducir el dolor y preservar/mejorar la movilidad de las articulaciones afectadas, a través de cinesiterapia, TENS, etc.

Osteoporosis

En el anciano existe una pérdida de masa ósea (más acusada en las mujeres a partir de la menopausia) que hace menos resistente el hueso y, por tanto, más vulnerable a las fuerzas de presión. La osteoporosis afecta, al igual que la artrosis, a la columna vertebral, degenerando el disco intervertebral, perdiendo agua el núcleo pulposo y con ello su función de amortiguación, disminuyendo los arcos articulares y de rotación y aumentando la cifosis dorsal (chepa).

Para evitar todo esto se recomienda el ejercicio físico, pero también es fundamental la higiene postural:

- Levantar los objetos del suelo doblándonos por las caderas y rodillas y no por la zona de la columna lumbar.
- Cuando un objeto esté a una altura superior a la cabeza del sujeto, hay que colocarse sobre una escalerilla o taburete para cogerlo, y así tener el objeto a la altura del pecho.
- Para trasladar objetos, éstos deben asirse con las dos manos. También es mejor empujar o arrastrar un objeto pesado que llevarlo a cuestas.
- Corrección postural: En bipedestación bascular la pelvis y en sedestación emplear sillas rectas, no excesivamente mullidas ni bajas.

Si la osteoporosis ya está muy establecida, el tratamiento fisioterápico se basará en aumentar el metabolismo para aumentar el flujo sanguíneo y la llega del oxígeno y

nutrientes al hueso; a través de cinesiterapia (trabaja el músculo y llegan más nutrientes), masajes (vasodilatación), magnetoterapia (aplicación de campos magnéticos que favorecen la remineralización ósea), etc.

4.2. PATOLOGÍA RESPIRATORIA EN EL ANCIANO

El aparato respiratorio en el anciano presenta una involución propias del deterioro funcional:

- Mucosa nasal: Alteraciones en el epitelio glandular y proliferación del tejido conjuntivo con espesamiento de las secreciones, aumentando la susceptibilidad a las infecciones.
- Faringe: Alteraciones de la mucosa semejantes a la nasal e hipotrofia muscular faríngea y del velo del paladar.
- Laringe: Frecuentemente existe un cambio de posición debido a la cifosis cervicodorsal. La epiglotis tiende a fibrosarse, lo que junto a la atrofia de la mucosa favorece lesiones inflamatorias y tos espasmódica.
- Tórax: Existe una disminución de los discos intervertebrales por pérdida de agua y disminución de grosor. Osteoporosis en los cuerpos vertebrales, fibrosis y calcificaciones ligamentosas y de los cartilagos costales y articulaciones costovertebrales, dando lugar a una jaula ósea semirrígida
- Musculatura: Se produce una hipotonía y menor contractibilidad (débil expansión del fuelle torácico).
- Bronquios: Atrofias y metaplasias que modifican las secreciones (viscosas y adherentes), dificultando el mecanismo depurativo de los cilios.
- Pulmón: Hipotrofia, disminución del número y calibre de la fibra elástica.

Todo esto lleva al anciano a sufrir una serie de **cambios fisiológicos degenerativos**, como son que los movimientos respiratorios por minuto aumenten de 12 (a los 30 años) hasta 23 (85 años), disminución de casi todos los volúmenes respiratorios, alteraciones del intercambio gaseoso entre oxígeno y CO₂.

Esto se traduce en la necesidad de, por un lado, unos cuidados y profilaxis respiratoria, y por otro, una fisioterapia respiratoria en el anciano. La profilaxis respiratoria puede resumirse de manera general en 5 puntos:

- **Medio ambiente:** Evitar las atmósferas secas.
- **Hidratación:** Mantener una adecuada hidratación.
- **Cuidados posturales:** para mejorar la ventilación y evitar la congestión pasiva del pulmón.
- Mantener la **permeabilidad de las vías aéreas:** para ello se debe hacer una tos reglada (inspiración profunda y espiración brusca con contracción de la musculatura espiratoria), incluso estimulación mecánica de la tos, expectoración asistida y, en último caso, aspiración con sonda.
- Mantener una **ventilación adecuada:** ejercicios fisioterápicos respiratorios para realizar una ventilación correcta y dirigida.

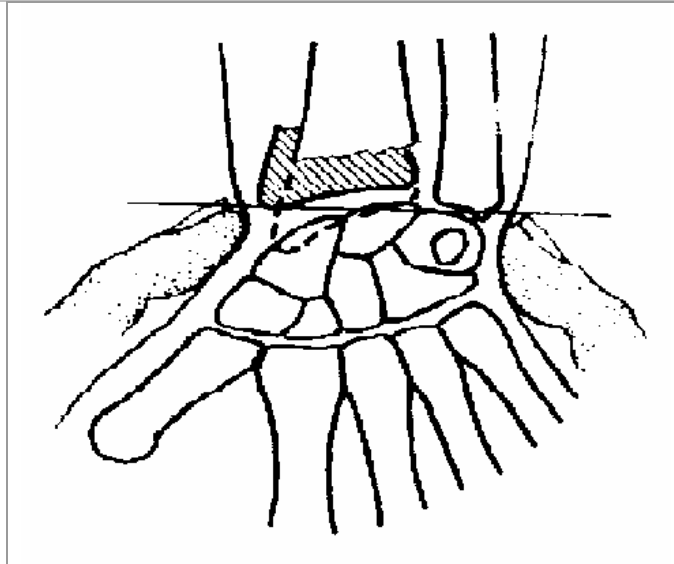
Las técnicas fisioterápicas a aplicar en pacientes ancianos con problemas respiratorios varían poco de otros pacientes a cualquier otra edad, entre estas técnicas encontramos:

- **Drenaje postural:** Permiten que las secreciones pulmonares drenen por la acción de la gravedad hacia los bronquios mayores o tráquea, para su expulsión. Si el anciano no puede realizar los drenajes se le aplica percusión o vibración (clapping)
- Enseñar a **toser y expectorar eficazmente:** ejercicios respiratorios frente al espejo, ayudando a tomar un buen ritmo respiratorio (con inspiración profunda y espiración prolongada) y dirigiendo la ventilación hacia zonas concretas donde el paciente tenga mayores problemas respiratorios, intentando siempre aumentar la capacidad pulmonar y de ventilación.

4.3. TRAUMATOLOGÍA EN EL ANCIANO

- **Fractura de cadera:** Son de suma importancia las fracturas de cadera a estas edades, pues según diversos autores, suponen entre un 5 y un 20% de la mortalidad en el anciano. Las fracturas de cadera se suelen tratar quirúrgicamente con un clavo-placa o un clavo de ender. Tras la operación viene la fisioterapia en la que se intentará suprimir el dolor, conseguir una buena movilidad, potenciar la musculatura de la cadera y dar toda la autonomía posible para la marcha. Realizaremos entonces ejercicios de cinesiterapia libre, asistida y resistida para mejorar el arco articular y potenciar glúteo medio y cuádriceps (músculos por excelencia de la marcha), marcha en paralelas (descargando progresivamente el peso del cuerpo en la cadera operada) y autocontrol de la marcha con un espejo frente a paralelas. Después y si es posible, marcha con bastones y retirada progresiva de los mismos.
- **Fractura de Colles:** Típica fractura que aumenta 6 veces su incidencia a partir de los 60 años y que es debida a una caída con la mano en extensión y que se ve multiplicada en el anciano por el factor añadido de la osteoporosis. El tratamiento fisioterápico no varía con respecto a un Colles "joven": ejercicios activos de los dedos con el yeso todavía puesto (sin hacer demasiados pues en el anciano puede provocar una tenosinovitis) y cinesiterapia del hombro para prevenir rigideces y contracturas. Una vez retirado el yeso más cinesiterapia, máquina de mano, rodillo y placa.
- **Síndrome postcaída:** Consistente en miedo a caer de nuevo y que muchas veces trae acarreados problemas de alteración de la marcha.

Fractura de Colles



4.4. PIE GERIÁTRICO

Debido a las alteraciones vasculares y osteoarticulares, así como a las modificaciones que sufre la marcha con la edad, se provocan cambios en la distribución de las cargas, lo cual hace que disminuya o aumente la presión en determinadas zonas del pie.

En primer lugar destacaremos la importancia de la **profilaxis de las afecciones del pie** con los siguientes consejos:

- **Higiene:** Lavado diario y secado minucioso de espacios interdigitales.
- **Ejercicios** de la musculatura del pie y la pierna: caminar de puntillas y sobre los talones 2 ó 3 veces al día.
- **Calcetín:** Que permita la transpiración.
- **Calzado:** Zapatos holgados, flexibles y de suela mullida, con puntera alta y ancha y con la medida justa.
- **Uñas:** Cuidado minucioso, baños previos al cortado que debe ser regular y cuadrado.
- **Hiperqueratosis:** Suelen producirse por el roce del calzado.

Pero una vez instaurada la patología debemos entrar ya en un **tratamiento fisioterápico del pie geriátrico:** debido a que en el mismo hay un déficit de la musculatura intrínseca: peroneo lateral largo, y tibial posterior, se provoca una tendencia del pie al valgo, por hundimiento de los arcos longitudinales y transversos. El programa de rehabilitación de este pie irá encaminado no solo a la musculatura específica, sino a todos aquellos grupos musculares que influyen en el

mantenimiento de la postura correcta en bipedestación, estática, dinámica y en la sedestación. El tratamiento, por tanto, incluirá:

- Ejercicios respiratorios.
- Ejercicios correctores de la mala actitud postural.
- Ejercicios específicos para la musculatura del pie: Flexo-extensión de dedos y tobillo y pronosupinación del pie, ejercicios con rulos, botellas y de arrugado de paño.
- Ejercicio de marcha: de puntillas y talones y sobre el borde externo del pie
- Ortesis: cuando sean necesarias.

5. LAS CAÍDAS EN EL ANCIANO

Las caídas en el anciano constituyen para muchos de ellos la entrada en un **período de dependencia e inicio de la invalidez**. Suele suponer el inicio de la "ancianidad"; cuantas veces habremos escuchado de un anciano: "Si yo estaba muy bien, hacía mi vida normal hasta que me caí, y ahí empezaron todos mis problemas de salud".

Pero, ¿Cuáles son los factores de riesgo para estas caídas? Existen varios:

1. **Factores socioambientales:** Mala iluminación, suelos mojados, escaleras y salidas de ascensores mal ajustados, escalerillas en trenes y autobuses, etc; todo lo que a una persona "joven" nos pueden parecer pequeños "obstáculos", lo son muy grandes para la tercera edad.
2. **Alteraciones de la marcha:** Varios estudios han demostrado degeneraciones en los sistemas motores y sensoriales del anciano: la fuerza muscular isométrica y asociada al movimiento está reducida, menos sensibilidad posicional de rodillas y tobillos, etc.

Las **consecuencias** de estas caídas suelen ser fracturas en 3 puntos débiles del anciano: Fractura de cadera, fractura de Colles y Síndrome postcaída, todas ellas ya tratadas anteriormente.

La **prevención de las caídas** a nivel fisioterápico se puede intentar corregir las posibles deficiencias de la marcha habitual del anciano: hacerle ejemplos de marcha frente al espejo, fortalecimiento muscular del tren inferior, etc.

A nivel general consiste en seguir una serie de recomendaciones:

- Mantenga una temperatura constante en el dormitorio (15-18°): el frío prolongado puede producir somnolencia y caídas; igualmente es conveniente mantener una buena iluminación en la estancia.
- Mantenga alfombras y moquetas en buen estado y fijas al suelo, así como cuidado con los cordones eléctricos o telefónicos que pueda haber por la casa. No trate los suelos con ceras o productos deslizantes; además coloque barras en el baño junto al inodoro y en el lavado, también use materiales antideslizantes en bañera y suelos.
- Utilice barandillas si existen escaleras y señalice el primer y último escalón, además es conveniente tener interruptores de la luz a ambos lados.
- Coloque todos los utensilios que necesite al alcance de la mano o muy accesibles.
- Utilice calzado de tacón bajo con base ancha y suela blanda.
- No se siente de golpe, hágalo despacio sobre silla no muy baja y recta.
- Cálcese sentado con calzador largo
- Levántese de la cama lentamente
- Suspnda o limite las bebidas alcohólicas
- No confunda su medicación, consulte la posibilidad de producir mareos.

6. PLAN GERONTOLÓGICO NACIONAL

A finales del siglo XX, las sociedades más desarrolladas del mundo constatan que uno de los fenómenos sociológicos más destacables es el envejecimiento de la población; debido a los avances de la medicina y al aumento de la calidad de vida, la esperanza de vida alcanza los 80 años; si a esto le añadimos la disminución en el índice de fecundidad de las mujeres, tenemos un envejecimiento claro de la población.

Este cambio demográfico unido a otros cambios sociales hace que ganemos años de vida y autonomía personal, pero elevando al rango de problema la situación del elevado número de personas mayores en nuestro país.

Los **objetivos generales** que pretende este Plan Gerontológico Nacional son:

- Desarrollar el sistema de **prestaciones no contributivas** para mayores de 65 años con insuficientes recursos económicos y un complemento de pensión a los mayores de 80 años que hayan perdido su autonomía personal.
- Mejorar las **pensiones mínimas** garantizando su revalorización automática según el IPC.
- **Promover la salud** de los mayores y su bienestar físico, psíquico y social.
- Garantizar la **prevención y asistencia** al anciano mediante una adecuada atención primaria y hospitalaria.
- **Distribución equitativa** de recursos.
- Ofrecer **servicios sociales idóneos** para dar respuesta a las necesidades de las personas mayores, potenciando la autonomía personal, permanencia en el domicilio y la convivencia en su entorno habitual de vida.

Todos estos objetivos generales se enmarcan en el **sumario del Plan**:

- **Pensiones:** Solidaridad con las personas de edad, mejora de las pensiones mínimas y revalorización automática y agilización en la gestión de las mismas.
- **Salud y asistencia sanitaria:** Promover la salud y prevención primaria, promocionar el ejercicio físico adecuado a las personas mayores y propiciar la prevención secundaria asistencial y rehabilitadora de la enfermedad. Garantizar asimismo la atención médica y de enfermería a domicilio, aumentar las unidades de geriatría hospitalaria y conseguir coordinar los servicios sanitarios y sociales entre sí para dar una mejor respuesta al anciano.
- **Servicios sociales:** Garantizar el estudio y formación permanente en temas relacionados con la ancianidad, defender los derechos de las personas mayores y promover la solidaridad social y la participación ciudadana. Extender la cobertura de las prestaciones destinadas a las personas mayores, desarrollar prestaciones económicas individuales no periódicas sino para casos de aguda necesidad, conseguir que el domicilio de la persona mayor reúna las condiciones adecuadas, reservar proyectos de viviendas de protección oficial para este colectivo, favorecer los programas de acogida familiar cuando no sea posible que permanezca en su propio domicilio, fomentar la ayuda y el apoyo a las familias que cuiden alguna persona mayor (IRPF), evitar las barreras arquitectónicas que limitan la movilidad de las personas mayores, así como en los transportes públicos, atender la demanda en establecimientos especiales y garantizar una plaza residencial a toda persona mayor en estado o situación de necesidad.
- **Cultura y ocio:** Favorecer el acceso de los mayores a los bienes culturales mediante cursos de formación, programación de actividades en hogares y residencias, fomento de la presencia de mayores en actos culturales, fomentar el turismo en este colectivo y propiciar que la jubilación sea recibida como el inicio de una fase de la vida llena de posibilidades de

realización personal. También es conveniente sensibilizar a la sociedad sobre el envejecimiento y la vejez, tanto entre el profesorado, el alumnado y el público en general a través de campañas varias y continuas.

- **Participación:** Fomentar la participación social y política de las personas mayores a través de ONGs, asociaciones varias, centros gerontológico.
-