

Universidad Juan A. Maza  
Facultad de Kinesiología y Fisioterapia  
Carrera de Kinesiología y Fisioterapia

# Cátedra: Geriatria

## Guía Teórico – Práctica

### Año 2020

**Profesor Adjunto:**

Lic. Flavia Peñaloza

# UNIVERSIDAD JUAN AGUSTÍN MAZA

FACULTAD: Kinesiología y Fisioterapia

SEDE: Este

CARRERA: Kinesiología y Fisioterapia

Resolución N° /

## PROGRAMA DE ACTIVIDADES CURRICULARES

Cátedra: Geriatría

CURSO: Cuarto Año

PERÍODO: Primer semestre.

Horas de Clase

Asignaturas Correlativas Precedentes

HORAS TEÓRICAS

2

Evaluación y Terapéutica Fisiokinésica en  
Traumatología y Ortopedia  
Evaluación y Terapéutica Fisiokinésica en  
Neurología

HORAS PRÁCTICAS

1

Evaluación y Terapéutica Fisiokinésica en  
Cardiorespiratorio

## CUERPO DOCENTE

PROFESOR ADJUNTO: Lic. Flavia Peñaloza

VIGENCIA DE ESTE PROGRAMA	AÑO	FIRMA DEL PROFESOR TITULAR
	2020	

## VISADO DEL COORDINADOR/ DECANATO

SUGERENCIAS:

MODIFICACIONES ACORDADAS CON LA CÁTEDRA:

FECHA:

FIRMA Y ACLARACIÓN

**Mendoza - Argentina**

Universidad Juan A. Maza  
Facultad de Kinesiología y Fisioterapia  
Carrera de Kinesiología y Fisioterapia  
Cátedra: Geriátría

---

**Índice:**

<b>1-Unidad 1 Geriátría y Gerontología.....</b>	<b>Pág 10</b>
<b>2-Unidad 2: Valoración Geriátrica Integral.....</b>	<b>Pág 23</b>
<b>3- Unidad 3: Síndromes Geriátricos.....</b>	<b>Pág. 26</b>
<b>4 – Unidades 4, 5, 6 7 y 8 .....</b>	<b>Pág. 29</b>
<b>5 - Trabajo Práctico.....</b>	<b>Pág. 31</b>
<b>Bibliografía.....</b>	<b>Pág 8</b>

Universidad Juan A. Maza  
Facultad de Kinesiología y Fisioterapia  
Carrera de Kinesiología y Fisioterapia  
Cátedra: Geriatría

---

# Unidad N°1

# Geriatría y Gerontología

# Cátedra: Geriátría

## Unidad 1

### Geriatría y Gerontología

---

Lea los siguientes textos y responda las consignas del final del capítulo.

## DEMOGRAFÍA Y EPIDEMIOLOGÍA DEL ENVEJECIMIENTO

### Envejecimiento poblacional: desafío actual

#### 1- Introducción.

Estamos asistiendo al fenómeno mundial de nuestro siglo: el envejecimiento poblacional. En todos los continentes desarrollados, la cantidad de personas mayores de 65 años superará a la población económicamente activa para el año 2050

La edad media de Europa es 43 años hoy y aumentará a 46 años para el 2030. La edad promedio mundial aumentará 9.3 años en los próximos 40 años. La población en promedio envejece por dos razones: la primera es la caída en la tasa de fertilidad; la segunda es la prolongación de la vida a edades avanzadas

#### 2- Razones del envejecimiento:

##### A- Caída de la Tasa de Fertilidad:

El número de nacimientos por mujer se redujo de 4,6 a 2,5 en los últimos 50 años. La mitad de la población mundial vive actualmente en países con fertilidad por debajo del nivel de reposición (2,1 nacimientos/mujer). Todo el mundo desarrollado tiene niveles de fertilidad por debajo del nivel de reposición, y tiende a despoblarse.

Esta tendencia a la que se ha denominado “revolución de la fertilidad” conlleva dos consecuencias importantes: caída de la población trabajadora, y envejecimiento de la población total. Esto trae aparejado grandes cambios en la sociedad, en aspectos económicos, laborales, poblacionales. Hay pueblos que están desapareciendo porque la tasa de natalidad es cero, los jóvenes migran en busca de un mejor futuro y sólo queda habitado por personas mayores.

América Latina desde los años sesenta experimentó un descenso extraordinario y sostenido del número de hijos por mujer, aún en países donde no existía control de natalidad. Por esto, se ubica en el límite del valor de reposición. El número de nacimientos por vida fértil de cada mujer históricamente era de 5 niños por cada vida fértil femenina, y ha llegado a un 2,7 global, cercano a la tasa de recambio, que es de 2.1, aquella necesaria para mantener una población constante

## B- Prolongación de la vida:

Nuestro país no es ajeno a este fenómeno que será evidente en varios países de América Latina. La República Argentina envejece.

Para el año 2050 los habitantes que tendrán más de 64 años de edad será de casi 10 millones de personas para una población calculada en 50 millones.

La Argentina es uno de los países más envejecidos de América Latina junto con Chile., aunque pronto será superada por Brasil.

La mortalidad entre 65 y 74 años es de 23 por mil habitantes en promedio en Gran Bretaña y de 24,6 por mil en la Argentina. No sólo la vida después de los 65 es más corta en nuestro país, sino que además hay diferencias entre las distintas regiones.

En el año 2008, en ese rango de edades morían 19,6 por mil habitantes en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires contra 32 personas cada mil en el Chaco, 29 cada mil en Misiones, 28 cada mil en Santa Cruz, y 27 cada mil en Formosa. Es decir que la probabilidad de morir entre los 65 y los 74 años de edad es un 50% mayor para quienes viven en el Noreste (es parecido en el NOA), comparado con la Capital Federal.

Como consecuencia, la Argentina presenta dos grupos diferenciados: personas de buenos niveles de ingreso cuya vida se prolonga y que mantiene relativamente aceptables estándares de salud durante su vejez, en quienes se verifica el fenómeno de inflación de la edad. Y contrariamente, comunidades pobres, con alta mortalidad, que no han entrado en esta etapa evolutiva de la salud humana porque el alcance de la medicina en esos lugares es inferior a la aceptable.

La sobrevida después de los 80 se debe mayoritariamente a factores socio-económicos, nutricionales, enfermedades previas, etc., y no a factores genéticos; de hecho, todo indicaría que la esperanza de vida se hereda únicamente en un 20 a 25%, siendo el resto una característica propia del individuo.

La esperanza de vida aumenta como resultado de la erradicación de enfermedades exógenas y endógenas que afectan a los adultos mayores.

Tendremos adultos mayores que durante su vida han alcanzado niveles de vida y salud aceptables y los que están por debajo de ese nivel o nunca tuvieron acceso a la salud en todos sus aspectos. Considerando también condiciones habitacionales, de higiene y de servicios públicos adecuados.

## 3 – Consecuencias del envejecimiento poblacional:

### A - Composición poblacional (efecto económico y social).

El proceso de envejecimiento poblacional posee efectos a nivel de la composición y tamaño de la población trabajadora, que se reduce progresivamente, y afecta la tasa de dependencia dentro de la sociedad, es decir la cantidad de personas pasivas cuyos beneficios sociales deben ser provistos por la población activa.

Desde el punto de vista económico, es indudable que el mundo desarrollado enfrenta un enorme desafío, porque su productividad tenderá a reducirse conforme disminuye la proporción de personas activas en relación a las pasivas y esto empeora por los aumentos del gasto en salud y de pensión.

El envejecimiento aumentará la repercusión que los trastornos de salud y sociales propios de la vejez tienen sobre la población general.

No sólo el funcionamiento de los mercados de trabajo y los sistemas de previsión social, sino el conjunto de la infraestructura educativa, sanitaria, habitacional, asistencial, etc., deberán readaptarse a las nuevas realidades demográficas.

## B - Impacto en la sociedad:

No son pocos los casos de adultos mayores que no pueden mantener un hogar autónomo y ello redundará en un cuadro de carencias y de hogares multigeneracionales con hijos o parientes. Es visible la presencia de un hecho recurrente: en muchos casos de inestabilidad económica de dichos hogares, el ingreso de las personas mayores es el sostén del hogar, lo que supone una “estrategia para mantener niveles de vida” no sólo de las personas adultas mayores sino de la familia y son relevantes los significativos contingentes de adultos mayores que residen en estos hogares. En uno de cada cuatro hogares (urbanos) reside al menos una persona adulta mayor; por otro lado, hay una alta proporción de hogares formados sólo por personas adultas mayores.

Los adultos mayores que no cuentan con jubilación se ven forzados a desarrollar estrategias de sobrevivencia, pues en caso contrario serán económicamente dependientes (de familiares, parientes o de programas asistenciales) y socialmente vulnerables. La inexistencia de sistemas de seguridad social de amplia cobertura hace que una alta proporción de adultos mayores permanezca en la población económicamente activa, sin que ello signifique que perciban regularmente ingresos, pues su inserción sigue siendo difícil.

Habitualmente, los sistemas de la región otorgan al adulto mayor un ingreso mensual que en la mayoría de los casos no cubre el valor básico para superar la línea de la pobreza

La capacidad de las personas de disponer de bienes en general, económicos y no económicos, constituye un elemento clave en la calidad de vida en la vejez. En este sentido, la seguridad económica de las personas mayores se define como la capacidad de disponer y usar de forma independiente una cierta cantidad de recursos económicos regulares y en montos suficientes para asegurar una buena calidad de vida en la vejez. El goce de la seguridad económica permite a las personas mayores satisfacer las necesidades objetivas que hacen a una buena calidad de vida y disponer de independencia en la toma de decisiones. Además mejora la autoestima, al permitir el desempeño de roles significativos y la participación en la vida cotidiana como ciudadanos con plenos derechos.

## C - Discapacidad

Otro efecto fundamental del envejecimiento es el aumento de la incapacidad, es decir que requieren de mayor ayuda para realizar las actividades de la vida diaria, comienzan un proceso de vulnerabilidad y dependencia.

La cantidad de personas con disminución de sus capacidades a consecuencia del proceso involutivo de la vejez, aumenta también. Estos factores promueven mayor gasto en salud.

Las personas mayores utilizan más recursos de salud y por lo tanto los costos de la medicina aumentarán con el incremento de este grupo etario, que según las proyecciones será explosivo en los próximos 25 años. Si bien los costos de salud en niños y trabajadores van a disminuir al reducirse proporcionalmente su número en relación con la población mundial, la compensación no será suficiente, con el consiguiente aumento de la presión económica sobre la población activa.

Nos enfrentamos entonces con tres realidades: los costos de salud aumentan en los ancianos, se incrementa progresivamente y a nivel mundial la población añosa, y faltará gente económicamente activa para sustentar la demanda del sistema de salud y la demanda laboral.

Se han ideado estrategias para reducir los gastos en salud procurados por las personas de edad más avanzada; la implementación de conductas destinadas a prevenir la aparición de ataque cerebral, fractura de cadera, insuficiencia cardiaca congestiva, neumonía, cáncer y coronariopatía, podría disminuir el desarrollo de invalidez entre las personas mayores de 70 años de edad, reduciendo además los gastos asociados de internación y hogares especiales.

La calidad de vida de las personas adultas mayores está altamente relacionada con su capacidad funcional y con el conjunto de condiciones que le permitan cuidarse a sí mismas y participar en la vida familiar y social.

## 4 –Envejecimiento en Argentina

### A - Actualidad:

Para los análisis comparativos, las Naciones Unidas consideran que una población está envejecida cuando el porcentaje de ancianos supera el 7%. Nuestro país entró en esa categoría hacia 1970. En 1990, la población de 65 años y más representa el 9% de la población total, pero alcanzará al menos el 15% hacia 2025. El fenómeno del envejecimiento es más patente cuando se hacen proyecciones para el largo plazo (por ejemplo para 2050).

Habrá un envejecimiento interno del segmento de ancianos. Antes se denominaba “tercera edad” a la franja de población de 65 años y más. El incremento del volumen en las edades avanzadas ha determinado que esa expresión se reserve ahora para el grupo 65-79 años, denominándose “cuarta edad” al segmento que comienza en los 80 años. En nuestro país, la importancia de este último grupo respecto al segmento de 65 y más, pasará de 15,5% en 1990 a 22% en 2025

En nuestro país, para el año 2050 tendremos que 1 de cada 5 Argentinos tendrá más de 64 años de edad; para entonces tendremos algo más de 50 millones de habitantes y nuestra población mayor será de casi 10 millones de personas.

En la Argentina, en el año 2001 el 68% de todos los fallecimientos ocurría en personas mayores de 64 años, contra el 78% en Canadá, 74% en EE.UU., y el 49% en Brasil; esto indica una mayor sobrevivencia de nuestra población, lo que va claramente en la dirección de su envejecimiento relativo. De hecho, entre el 2008 y el 2040 la población mayor de 65 años crecerá un 89% en la Argentina, comparado con un 49% para Italia y un 225% para Brasil.

Esto significa que nuestros 4,5 millones de personas mayores se van casi a duplicar, en un país que no crecerá para entonces más del 25% en total. Cuba, Brasil, Chile, Uruguay y Argentina en 2050 tendrán la edad promedio en 50, 45, 43, 42, 40 respectivamente.

## B- Mortalidad y causas de muerte en Argentina.

En cuanto a la mortalidad de adultos mayores de 60 años encontramos las principales causas de muerte a enfermedad cardiovascular, cáncer y ACV entre los que afectan a los adultos mayores.

Principales causas de muerte en personas de más de 60 años:

Insuficiencia cardíaca

Cáncer

Enfermedades cerebro vasculares

Neumonía

Infarto agudo de miocardio

Septicemias

Diabetes mellitus

Esta situación patológica se va gestando a lo largo de la vida adulta, según la calidad de vida y costumbres adquiridas.

## C—Factores de riesgo.

Según la encuesta nacional de factores de riesgo del año 2009 se obtienen los siguientes datos:

**Fumador:** aquella persona que fuma cigarrillos todos o algunos días en la actualidad y que a lo largo de su vida fumó al menos 100 cigarrillos.

Entre 18 y 24 años el 28.8%

Entre 25 y 34 años el 33.3%

Entre 35 a 49 años el 30.3%

Entre 50 a 64 años el 27.9%

65 años y más el 10.2%

Estudio en Argentina en población de 18 años y más.

Hipertensión Arterial: Total en el país: 34.6%

Hipercolesterolemia: Total en el país: 29.1%

Diabetes: Total en el país: 9.6%

Nivel de Actividad Física: cantidad de días por semana y el tiempo empleado en personas de 18 años.

Intenso: 13%

Moderado: 32%

Bajo: 55%

Con estos datos podemos inferir que la población joven y adulta joven (entre los 18 y 45 años) corre serios riesgos de llegar a una vejez poco saludable.

Esto se evidencia con los altos índices de pacientes fumadores que llevarán a que una de las principales causas de muerte como es el cáncer de pulmón y vías aéreas siga siendo el que ocupe los primeros lugares en el ranking nacional de causas de muerte en adultos de más de 65 años.

Si a esto le agregamos el alto índice de hipertensión arterial y el gran sedentarismo propiciado por las actuales costumbres sociales y la escasa participación de la población en actividades físicas, nos determinan altas probabilidades de desembocar en episodios de insuficiencias cardíacas y enfermedades cerebrovasculares.

## 5- Propuestas y probables soluciones:

Para enfrentar los retos del envejecimiento demográfico se requiere una complementariedad entre el corto, el mediano y el largo plazo. Primero, es preciso desarrollar acciones específicas dirigidas a personas que son adultas mayores en la actualidad, especialmente aquellas en situación de pobreza y exclusión social, mejorando su calidad de vida. En esta perspectiva se trata de paliar los efectos acumulados durante la vida previa. Pero también se requiere una mirada prospectiva, en el sentido de considerar que para enfrentar los retos del envejecimiento futuro hay que desarrollar desde ya acciones específicas dirigidas a personas adultas mayores

jóvenes. Lograr altos índices de formación académica, participación comunitaria, políticas de prevención en materia de salud.

Se debe procurar la creación de condiciones esenciales, tales como sistemas políticos participativos, inclusivos, eliminación de la violencia y discriminación, así como la promoción de condiciones materiales que faciliten la vida en comunidad. Estos son aspectos centrales para fortalecer el protagonismo de las personas mayores en la sociedad. Evitando una de las mayores consecuencias de la edad de la vejez: la vulnerabilidad (social y económica) que puede redundar en exclusión social. Otra consecuencia importante a tener en cuenta es la invisibilidad de la vejez a nivel de políticas públicas, investigación y académica.

Promover e incentivar la natalidad responsable, sistemas de cobertura social y económica. Trabajo y planificación mancomunado entre el estado y la sociedad científica y académica, integración del adulto mayor en grupos familiares con gestantes.

Reformas económicas, dirigidas a reducir la dependencia generada por las personas retiradas y/o con problemas de salud y sociales propios de la ancianidad, sobre la fuerza laboral. Esto se logra aumentando la cantidad de trabajadores y su productividad, y controlando los costos de la ancianidad.

Mayor capital humano. La primera medida en este sentido consiste en aumentar el capital humano de la clase trabajadora mediante el incremento del nivel educativo y los niveles de salud de la población activa. El problema es que si la clase trabajadora que verdaderamente aumenta proviene de los sectores menos aventajados de la sociedad, entonces la calificación general de la población económicamente activa tiende a bajar, y la producción general de la sociedad también lo hace. Luego educar a los sectores más humildes es imprescindible para mantener la calificación de los grupos productivos.

Trabajar más tiempo. Prolongación de la edad de jubilación, reduciendo los costos proyectados del seguro de retiro. Este es el primero y más inmediato remedio para la crisis poblacional. La postergación de la edad jubilatoria aumenta la relación activo respecto a dependiente. Esto se logra incentivando el trabajo a edades más avanzadas, y retrasando el tiempo de jubilación. Ya la mayoría de los países europeos han concluido que necesariamente van a tener que avanzar hacia una edad de jubilación mayor, a los efectos de poder sostener su régimen de pensiones y sistema de bienestar social. También se ha sugerido aumentar las horas de trabajo, aprovechando la mejor situación de salud de las personas, y la necesidad de crear ahorros genuinos para soportar los gastos generados por los beneficios del estado.

Además debe promoverse el trabajo entre los más jóvenes, adelantando la edad en que comienzan a ahorrar en términos de seguro social.

Políticas Sociales y de Salud. Contención social. Una de las prioridades más serias para el futuro de un mundo con una enorme población de longevos, como el que se espera en pocos años más, es crear capital humano en la ancianidad. Las personas mayores necesitan en primer lugar, una red social que responda a sus

necesidades. La más importante ha demostrado ser la familia. Luego, la pertenencia a comunidades religiosas y clubes deportivos.

Envejecimiento saludable. Otra prioridad es la promoción de hábitos saludables y una práctica constante de ejercicio físico en las personas adultas y mayores. Los estudios muestran que las personas que desarrollan hábitos saludables y se ejercitan cuando se encuentran en la mitad de la vida o al comienzo de la vejez, viven más años y demoran el comienzo del deterioro que antecede al fallecimiento.

Prolongar la vida educativa. Además, se debe fomentar la diversidad etaria en las universidades, como forma de favorecer la inserción de personas mayores en el sistema educativo, lo que les permitirá “reinventarse” y encontrar nuevas formas de aportar al desarrollo de su comunidad.

## 6 - Bibliografía:

- “La Argentina y el Envejecimiento Poblacional” DR. CARLOS JAVIER REGAZZONI
- Conferencia regional intergubernamental sobre envejecimiento: hacia una estrategia regional de implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento. Santiago de Chile, 19 al 21 de noviembre de 2003.
- Epidemiología Adultos Mayores . <http://www.slideshare.net/niedfeld/epidemiologia-adultos-mayores>
- Secretaría de Promoción y Programas Sanitarios – Ministerio de Salud. Secretaría de Deporte – Ministerio de desarrollo Social. (INDEC- 2009)
- Informe sobre Tercera edad en la Argentina (2000). Cap. 3 “La salud en la tercera edad”, Carlos Vassallo, Matilde Sellanes. Secretaría de Tercera Edad y Acción Social. Buenos Aires, Argentina.
- Boletín 100 de envejecimiento de la CEPAL. – Chile, Marzo 2011.

## Definición de envejecimiento

Todos nosotros tenemos una idea aproximada de lo que es hacerse viejo o mayor, por lo que observamos en el entorno o en nosotros mismos. Sin embargo, definir qué es el envejecimiento no es fácil.

En general, la mayoría de especialistas en el tema definen el envejecimiento como las transformaciones físicas, metabólicas, mentales y funcionales que se producen a lo largo del tiempo, que comportan una disminución de la capacidad de adaptación a los cambios del entorno, y una mayor dificultad para mantener estable el medio interno. Esto lleva a un aumento de la vulnerabilidad y de la fragilidad. Este proceso es continuo, irreversible e inevitable, de manera que al final llega la muerte.

Estos cambios inevitables se consideran “envejecimiento fisiológico”, a los que hemos de añadir los cambios que ocasionan los diferentes estilos de vida, el medio ambiente y las enfermedades padecidas, es decir el “envejecimiento patológico”. Este último es diferente para cada individuo y para cada órgano y sistema; nos da

la “edad biológica o funcional”, en contraposición con la “edad cronológica”. Todos conocemos a personas que representan una edad diferente de la suya, a veces más viejos, a veces más jóvenes.

Envejecer no es una enfermedad, sino un cambio inseparable de la vida. En general se considera que se inicia al finalizar la fase de crecimiento y madurez de los individuos; al principio sus efectos son imperceptibles y van siendo más visibles con el paso del tiempo.

Por convenio se considera anciano a toda persona mayor de 65 años, que es la edad de jubilación en la mayoría de países occidentales; sin embargo, esta cifra es sólo orientativa a efectos administrativos, ya que es evidente la gran variabilidad de edad biológica, que es la importante para la medicina y la promoción de la salud

## Teorías del envejecimiento

Existen multitud de teorías para explicar cómo y porqué envejecemos y ninguna de ellas explica a la perfección el proceso de envejecer. Las hay que lo explican por los efectos de factores extrínsecos (tabaco, alcohol, tóxicos ambientales, sobrecargas laborales, dieta, sedentarismo) y las hay que lo hacen por estímulos intrínsecos al individuo.

### Teorías intrínsecas o ESTOCÁSTICAS.

Respecto las teorías intrínsecas, las hay que intentan explicar el envejecimiento como consecuencia de alteraciones “tóxicas” aleatorias que se ocasionan a lo largo del tiempo, y que se acumulan en el organismo; estas son:

- Teoría del error catastrófico: errores en la replicación del material genético, que se van acumulando, causando aberraciones en la producción de proteína, con el consecuente fallo de función.
- Teoría del entrecruzamiento: las proteínas se “deterioran” con el tiempo, cruzándose con otras moléculas del organismo, de forma que no pueden ejercer correctamente su función.
- Teoría del desgaste: el acumulo de daño en las partes vitales de los organismos vivos comporta a lo largo la pérdida de función y muerte.
- Teoría de los radicales libres o del estrés oxidativo: el envejecimiento se produce por una falta de protección de la oxidación ambiental; el proceso para obtener energía de la oxidación tiene como residuo los llamados radicales libres, moléculas altamente reactivas con el resto de proteínas y otras sustancias. Al reaccionar con ellas las alteran, de forma que ya no pueden trabajar de forma correcta.

### Teorías de predestinación o NO ESTOCÁSTICAS.

Las teorías de predestinación son las que intentan explicar el proceso de envejecer como parte de la evolución y crecimiento de los organismos, ligado principalmente a factores genéticos. Las principales son:

- Teoría del marcapasos o del reloj: La involución de los sistemas inmune y endocrino estaría regulada para producirse en momentos determinados de la vida, actuando como un “reloj biológico”.
- Teoría genética: se basaría en la existencia de uno o varios genes que codificarían el proceso de envejecer.

Para todas estas teorías se han hallado evidencias científicas que las respaldan en parte; sin embargo, ninguna de ellas ha demostrado que pueda ser la principal para explicar el envejecimiento. Y lo más importante, a través de ninguna de ellas se ha podido desarrollar ningún tratamiento para disminuir de forma clara y eficaz los efectos del tiempo, ni alargar la longevidad.

De momento, y hasta que no haya más información al respecto, podemos pensar que el envejecimiento se produce por el efecto combinado de las lesiones al organismo y de los mecanismos de defensa, en un individuo con una carga genética determinada. Es decir, todas las teorías tienen su parte de razón, y ninguna de ellas puede explicar en su totalidad el proceso de envejecer.

Teóricamente, la prolongación de la vida tendría un máximo determinado por la longevidad de cada especie. El objetivo a buscar sería igualar la expectativa de vida con la máxima sobrevida. En definitiva, el secreto de alargar la vida está en el arte de aprender cómo no acortarla.

## ASPECTOS DIFERENCIALES RELEVANTES DE LA GERIATRÍA (del tratado de geriatría para residentes)

- 1- Valoración integral del anciano. Proceso multidimensional e interdisciplinario dirigido a identificar y cuantificar problemas médicos, evaluar la función física, mental, social. Proponer planes globales de tto.
- 2- Trabajo en equipo Interdisciplinario. (distintos profesionales, objetivo común, se comunican entre sí.
- 3- Niveles Asistenciales .en función de las diferentes necesidades sanitarias y sociales, que plantean los ancianos, según la fase evolutiva de su enfermedad y que garantizan el tipo y calidad de los cuidados que son necesarios en cada momento.

Con frecuencia la discapacidad provocada por las enfermedades crónicas en personas de edad avanzada, conlleva una repercusión social y familiar.

Dado que la geriatría tiene que hacer frente a un tipo de paciente con características especiales, la especialidad dispone de su propia “tecnología” que la hace diferente del resto de las especialidades médicas. Se basa en una sistemática propia que tiene tres ejes:

La Valoración Geriátrica Integral: entendida como un proceso interdisciplinario y multidimensional, dirigido a identificar y cuantificar problemas médicos, evaluar la

- 1- función física, mental y social, proponer planes globales de tratamiento y optimizar la utilización de los recursos asistenciales.

- 2- La Interdisciplinariedad entendida como modo de acción conjunto, armónico y estructurado de los diversos profesionales implicados en un objetivo común.
- 3- Niveles asistenciales en función de las diferentes necesidades sanitarias y sociales, que plantean los ancianos, según la fase evolutiva de su enfermedad y que garantizan el tipo y calidad de los cuidados que son necesarios en cada momento.

Otro apartado fundamental y muy propio de la geriatría como especialidad es la atención a los llamados síndromes geriátricos. Estos son conjuntos de signos y síntomas que tienen como característica común que son altamente prevalentes en edades avanzadas, que pueden tener múltiples etiologías y que todos ellos tienden a la discapacidad. (Tratado de Geriatría para Residentes)

### Tipología de pacientes ancianos:

A medida que pasan los años, aumenta la prevalencia de enfermedades y de discapacidad. Sin embargo es cierto que muchas personas llegan a edades avanzadas de la vida con buen estado de salud. Por lo tanto no es posible predecir el estado de salud de un individuo en función únicamente de su edad.

- 1- Anciano sano: persona de edad avanzada con ausencia de enfermedad objetivable. Capacidad funcional conservada, independiente para las ABVD y AIVD. No presenta problema mental o social derivado de su estado de salud.
- 2- Anciano enfermo: anciano sano con una enfermedad aguda. Igual que un paciente enfermo adulto. No presenta otras enfermedades o problemas mentales ni sociales.
- 3- Anciano frágil: anciano que conserva su independencia de manera precaria y que se encuentra en situación de alto riesgo de volverse dependiente. Paciente con una o varias enfermedades de base, que cuando están compensadas permiten al anciano mantener su independencia básica. Tienen capacidad funcional aparentemente conservada para las abvd, pero presentan dificultades para las aivd.
- 4- Paciente geriátrico; paciente de edad avanzada con una o varias enfermedades de base crónicas y evolucionadas, en el que ya existe discapacidad en forma evidente. Dependientes para las abvd, con frecuencia presentan alteraciones mentales y sociales. El equilibrio entre sus necesidades y la capacidad del entorno de cubrir las se ha roto y el paciente se ha vuelto dependiente y con discapacidad.

### Hay factores relacionados con la edad que pueden afectar la capacidad funcional

Biológicos: enfermedades, polifarmacia, disfunción orgánica.

Psicológicos: déficit cognitivo, depresión, motivación.

Sociales y medio ambientales: prejuicios, falta de servicios, arquitectura, jubilación, obra social.

### Factores relacionados con el individuo:

Biológicos: alteraciones musculares, función pulmonar, cardiovascular, capacidad vital, capacidad aeróbica, resistencia.

Psicológicos: aprendizaje, creencias, autoestima.

Sociales y medio ambientales: creencias sobre la vejez, problemas financieros, vejeismo.

### Consignas:

- 1- Realice un cuadro comparativo de las teorías del envejecimiento.
- 2- Realice un resumen sobre el envejecimiento poblacional en Mendoza.
- 3- Realice un resumen sobre los aspectos sobresalientes de la Geriátrica y Gerontología.

Universidad Juan A. Maza  
Facultad de Kinesiología y Fisioterapia  
Carrera de Kinesiología y Fisioterapia

## Unidad N°2

# Valoración Geriátrica Integral

Cátedra: Geriátría

Unidad 2

Valoración geriátrica Integral

---

Localice las direcciones web que se dan a continuación y lea los textos. Luego responda las consignas del final del capítulo.

Historia Clínica:

Según el derecho: La **historia clínica** comprende el conjunto de los documentos relativos a los procesos asistenciales de cada paciente, con la identificación de los médicos y de los demás profesionales que han intervenido en ellos, con objeto de obtener la máxima integración posible de la documentación clínica de cada paciente, al menos, en el ámbito de cada centro. ([https://www.derecho.com/c/Historia clínica](https://www.derecho.com/c/Historia_clinica))

<http://www.salud.gob.ar/dels/printpdf/93>

[http://www.msal.gob.ar/sida/images/stories/2-informacion-general/pdf/2014-11\\_derechos-del-paciente-historia.pdf](http://www.msal.gob.ar/sida/images/stories/2-informacion-general/pdf/2014-11_derechos-del-paciente-historia.pdf)

[http://www.sadak.com.ar/publicaciones/historia clinica ley 26.pdf](http://www.sadak.com.ar/publicaciones/historia_clinica_ley_26.pdf)

**Valoración Geriátrica Integral:** [https://www.segg.es/download.asp?file=/tratadogeriatria/PDF/S35-05%2004\\_I.pdf](https://www.segg.es/download.asp?file=/tratadogeriatria/PDF/S35-05%2004_I.pdf)

**-Evaluación del adulto mayor según la metodología de Chile. Instructivo PRICAM.**

<https://documentslide.org › Documents>

<repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/114900/Seminario%20%282%29.pdf?...>

Tests recomendados:

Escala de Tinetti: <http://cuidados20.san.gva.es/documents/16605/2398197/Escala+Tinetti-+escala+de+marcha+y+equilibrio>

Valoración Clínica del adulto mayor: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/modulo3.pdf>

Escala de Sidney Katz Evaluación de las Actividades de la vida diaria.  
[www.hvn.es/enfermeria/ficheros/indice\\_de\\_katz.pdf](http://www.hvn.es/enfermeria/ficheros/indice_de_katz.pdf)

Escala de Lawton y Brody para las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)

Escala de la Cruz Roja de Madrid:

[www.sagg.org.ar/wp/wp-content/.../07/Escala\\_de\\_la\\_Cruz\\_Roja\\_de\\_Madrid1.doc](http://www.sagg.org.ar/wp/wp-content/.../07/Escala_de_la_Cruz_Roja_de_Madrid1.doc)

ESCALA PARA MEDICION DE FUERZA MUSCULAR DE LA ASOCIACION MÉDICA BRITANICA:

[www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion/mrc.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion/mrc.pdf)

ESCALA DE KENDALL.

ESCALA VISUAL ANALOGICA (E.V.A.) PARA EVALUAR LA INTENSIDAD DEL DOLOR.

## **PARA REALIZAR UNA HISTORIA CLÍNICA:**

- 1- Recordar los modelos de HC presentados en las diferentes asignaturas.
- 2- Como ejemplo para realizar el trabajo práctico solicitado en la materia se considera el formato más completo. Se sugieren los siguientes puntos a tener en cuenta.

## **ANAMNESIS**

### **• Objetivos:**

- 1-Obtener información sobre qué aqueja al paciente (diagnóstico clínico) y cómo es la persona enferma (diagnóstico psicológico)
- 2-Establecer una buena relación profesional-enfermo (un interrogatorio bien llevado es incluso psicoterapéutico).
  - No existen reglas rígidas para recoger la anamnesis (es importante ganar la confianza del paciente).
  - Lo importante es saber escuchar al paciente
  - No tiene por qué ser extensa, pero sí:
    - Contener datos fiables
    - No omitir ninguna información útil
    - Ser concisa, libre de datos superfluos.
    - Ser lo más objetiva que se pueda.
      - De la anamnesis deriva la descripción de los síntomas que servirán de guía para establecer o investigar el diagnóstico.
      - Los datos recogidos sirven de justificación para la petición de pruebas complementarias y son el punto de partida del tratamiento.

### **Contenido de la Anamnesis:**

- 1-Ficha personal: nombre, DNI, edad, sexo, lugar de nacimiento, profesión, raza, estado civil, residencia actual.
- 2-Motivo principal de la consulta: ¿qué le pasa? ¿Desde cuándo? ¿A qué lo atribuye ? Diagnóstico.
- 3-Antecedentes familiares.
- 4-Antecedentes personales (H.Arterial ., diabetes, hiperlipemias, obesidad, tabaco, tratamientos, etc. )
- 5-Enfermedad actual (núcleo principal)
- 6-Estudios complementarios

## **EXPLORACIÓN FÍSICA:**

- 1- Antropometría.
- 2- Sistema Locomotor.
- 3- Sistema Cardiovascular y circulatorio
- 4- Sistema Neurológico
- 5- Sistema Respiratorio
- 6- Sistema Digestivo
- 7- Sistema Genitourinario.
- 8- Piel y Faneras.
- 9- Pruebas complementarias. (Tests, escalas)

## **TRATAMIENTO**

- 1- Con los datos obtenidos realizar un plan de tratamiento.
- 2- Objetivos de Tratamiento.
- 3- Consentimiento informado para comunicar al paciente que está de acuerdo con el tratamiento seleccionado para su caso, con sus beneficios y consecuencias.
- 4- Sesiones: Explicar y detallar el contenido de cada sesión y estado del paciente.

## **EPICRISIS**

La historia clínica debe cerrarse con la epicrisis. Teniendo en cuenta el diagnóstico, el estado del paciente al inicio del tratamiento, las actividades realizadas y los resultados obtenidos.

## Consignas:

- 1- Realice un cuadro comparativo de los tests según los aspectos a evaluar.
- 2- Realice un resumen sobre Valoración Geriátrica Integral.
- 3- Elija un modelo de historia clínica que reúna todos los aspectos a evaluar en el adulto mayor.
- 4- Ver el siguiente video y nombrar los tests utilizados(Evaluación Kinésica a un Adulto Mayor – 26 min):  
<https://www.youtube.com/watch?v=Cz1nbgplGX4>

Universidad Juan A. Maza  
Facultad de Kinesiología y Fisioterapia  
Carrera de Kinesiología y Fisioterapia  
Cátedra: Geriátrica

---

# Unidad N°3

# Síndromes Geriátricos

Cátedra: Geriátría

Unidad 3

Síndromes Geriátricos

---

Localice el enlace web y lea los textos. Luego responda las consignas del final del capítulo.

Según el Tratado de Geriátria para Residentes, nos detalla que encontramos 13 síndromes geriátricos. Los cuales han sido colocados de manera de facilitar su memorización.

[https://www.google.com.ar/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwil88zUg9jZAhVQPJAKHW6VCbUQFggwMAI&url=https%3A%2F%2Fwww.segg.es%2Fdownload.asp%3Ffile%3D%2Ftratadogeriatria%2FPDF%2FS35-05%252013\\_II.pdf&usq=AOvVaw3IXZCJi5h5YVnEqNTq7G3T](https://www.google.com.ar/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwil88zUg9jZAhVQPJAKHW6VCbUQFggwMAI&url=https%3A%2F%2Fwww.segg.es%2Fdownload.asp%3Ffile%3D%2Ftratadogeriatria%2FPDF%2FS35-05%252013_II.pdf&usq=AOvVaw3IXZCJi5h5YVnEqNTq7G3T)

### Grandes *síndromes geriátricos* (las “íes” de la *geriátria*):

Inmovilidad

Integridad de la piel (úlceras por presión)

Inteligencia alterada (demencia y confusión)

Introversión (depresión)

Inestabilidad (caídas y trastornos de la marcha)

Inanición (desnutrición)

Incontinencia.

Iatrogenia (polifarmacia)

Impactación fecal (constipación)

Inmunodeficiencia (infecciones)

Insuficiencia sensorial (deterioro vista/oído)

Indigencia (falta de recursos)

Infausto (situación de enfermedad terminal)

### Capacidad funcional:

Es la habilidad que tiene una persona para llevar a cabo una actividad por sí misma. Este concepto es muy amplio y puede ser utilizado para referirse a múltiples actividades. Sin embargo, en general, el concepto de capacidad funcional suele referirse a las actividades básicas de la vida diaria (comer, higiene, vestirse, utilizar el baño, continencia y movilidad), ya que éstas marcan el umbral de la discapacidad.

Las actividades instrumentales de la vida diaria son más complejas y requieren un mayor nivel de habilidad para ser ejecutadas (comprar, cocinar, lavar ropa, limpieza del hogar, usar el teléfono, usar dinero, transporte público, medicación).

### Consignas:

- 1- Realice un resumen sobre los síndromes geriátricos.
- 2- Realice un cuadro comparativo sobre las AAVD (Avanzadas), las AIVD (Instrumentales) y las ABVD (Básicas).

Universidad Juan A. Maza

Facultad de Kinesiología y Fisioterapia

Carrera de Kinesiología y Fisioterapia

Cátedra: Geriatría

---

# Unidades 4, 5, 6, 7 y 8

## Envejecimiento de los Sistemas

Cátedra: Geriatría

Unidades 4 a 8

# Envejecimiento de los Sistemas

---

## Consignas para la Unidad 4: Envejecimiento del Sistema Cardiovascular

- 1- Realice un cuadro sinóptico de las patologías cardiovasculares más comunes en el adulto mayor.
- 2- Coloque recomendaciones kinésicas en el mismo cuadro.

## Consignas para la Unidad 5: Envejecimiento del Sistema Respiratorio

- 1- Realice un cuadro sinóptico de las patologías respiratorias más comunes en el adulto mayor.
- 2- Coloque recomendaciones kinésicas en el mismo cuadro.

## Consignas para la Unidad 6: Envejecimiento del Sistema Neurológico

- 1- Realice un cuadro sinóptico de las patologías neurológicas más comunes en el adulto mayor.
- 2- Coloque recomendaciones kinésicas en el mismo cuadro.
- 3- Describa los tests utilizados para la evaluación de cada patología.

## Consignas para la Unidad 7: Envejecimiento de los Sistemas Digestivo, Endócrino y Metabólico

- 1- Realice un cuadro sinóptico de las patologías digestivas más comunes en el adulto mayor.
- 2- Coloque recomendaciones kinésicas en el mismo cuadro.

## Consignas para la Unidad 8: Envejecimiento del Sistema Osteomuscular

- 1- Realice un cuadro sinóptico de las patologías traumatológicas más comunes en el adulto mayor.
- 2- Coloque recomendaciones kinésicas en el mismo cuadro.
- 3- Realice un cuadro comparativo entre factores de riesgo de caídas, intrínsecos y extrínsecos.

## Cátedra: Geriátría

### Trabajo Práctico

---

## Condiciones para aprobar el Trabajo Práctico

El trabajo práctico se considera aprobado cuando se desarrollan todos los pasos previstos para el mismo, respetando el lenguaje kinésico y la coherencia terapéutica. Los pasos son: 1° Historia clínica del paciente. Fecha en la que se realizó. 2° Evaluación Física. Tests. Fecha en la que se realizó cada uno. 3° Objetivos. 4° sesiones o clases. Fecha de cada una. Ejercicios. 5° Reevaluación. Fecha en la que se realizó. Datos.

## Seguimiento de un paciente adulto mayor

El trabajo práctico de la materia consiste en realizar el seguimiento de un paciente adulto mayor.

### 1° - Seleccionar el adulto mayor

Contactar con un adulto mayor que se disponga a ejercitarse bajo nuestro seguimiento durante dos meses aproximadamente. (Primera Clase)

### 2° - Historia Clínica

Completar la Historia Clínica. Realizar un test de los vistos en la clase respectiva. (Segunda Clase). Los resultados serán expuestos en la siguiente clase.

### Observación sobre los tests:

Todos los tests entregan datos válidos. Por lo tanto se debe registrar. Por Ejemplo: Test de los 6 minutos. Pueden ocurrir varias respuestas:

- A- que el adulto complete el test sin inconvenientes, dando como resultado una distancia razonable acorde a la edad y estado físico.
- B- Que adulto complete el tiempo estimado con una distancia menor por su rendimiento físico.
- C- Que el adulto no complete el tiempo por alguna sintomatología. Lo cual también nos brinda datos sobre un punto de partida, tiempo del test, distancia, sintomatología.

NOTA: Todos los datos son válidos a la hora de evaluar a un paciente. Observemos lo que encontramos, no lo que esperamos encontrar!!!

### 3° - Tests y Objetivos.

Realizar los tests sugeridos en clase, según el paciente. Teniendo en cuenta la historia clínica del paciente y los resultados obtenidos de los tests: podemos **FORMULAR OBJETIVOS TERAPÉUTICOS**. (Tercera Clase)

### Objetivos Terapéuticos:

Son una guía para nuestro tratamiento, una meta, un desafío a lograr con nuestro paciente. Todo tratamiento debe iniciarse con evaluaciones y luego la identificación del objetivo a seguir.

Puede ser uno, o más. Puede darse por etapas que a la vez son sumatorias de beneficios.

En tratamientos largos podemos enunciar un **objetivo general** para todo el tratamiento, del cual se desprenden **objetivos específicos**.

Por ejemplo, en un paciente hemipléjico podemos enunciar un objetivo general: *mejorar la marcha*.

De este objetivo y para lograrlo se desprenden objetivos específicos. Como por ejemplo: *Disminuir el tono en “x” músculos, aumentar la movilidad articular en “y” articulaciones, mejorar la descarga de peso*.

Consultarle al paciente en qué le podemos ayudar para mejorar, qué quisiera mejorar con nuestra ayuda, algo que quizás ya no puede hacer y hasta hace poco tiempo hacía. Acorde a su capacidad física y edad.

No hace falta colocar el objetivo en cada sesión, ni en cada ejercicio. Una vez planteado al comienzo del tratamiento, todo lo demás estará enfocado hacia ellos.

#### 4° - Sesiones

Diagramar los ejercicios que van a formar parte de cada sesión de tratamiento, orientados por el objetivo propuesto. (Cuarta clase). Revisión continua durante las siguientes clases.

Estos ejercicios están destinados a lograr los objetivos propuestos al comienzo.

Teniendo en cuenta todos los datos del paciente, es que vamos a decidir la forma más segura de realizar los ejercicios, sin aumentar el riesgo de daño, ni dolor.

Se pueden realizar en los diferentes decúbitos: en una cama, o en una colchoneta, o en camilla. En sedente, en bipedestación, o en movimiento.

#### Organización de la Sesión

La sesión se organiza de la siguiente manera (tomado de la estructura de una clase de educación física):

##### **Entrada en calor:**

En esta parte se garantiza la vinculación de la clase anterior y el nivel de partida, controlándose mediante diferentes formas el aprendizaje anterior, garantizando que el adulto se convierta en un sujeto activo participando con sus respuestas y comentarios. La clara orientación hacia el objetivo constituye un aspecto importante, el que garantiza la información adecuada a los adultos, de qué debe lograr y cómo, de la misma manera que los prepara psicológicamente para enfrentar conscientemente las actividades.

Una tarea importante está relacionada con la preparación conocida como “calentamiento” que va dirigida a elevar la temperatura corporal mediante la ejercitación. Los ejercicios en esta parte deben estar bien dosificados y cumplir con los principios para la actividad. Los mismos no deben ser muy complejos y deben estar en correspondencia con el grado de preparación de los alumnos. En la parte inicial debe primar lo motivacional y lúdico. Se le otorga el 20% del tiempo total de la clase.

La parte principal es básica, esencial, donde se cumplen los objetivos propuestos. Desde el punto de vista fisiológico, la rapidez y la agilidad (capacidad coordinativa compleja con un gran ingrediente de rapidez) se desarrollan mejor al inicio de esta parte, después del calentamiento, ya que el estímulo nervioso llega con mayor calidad a nivel propioceptivo que después de haber realizado un trabajo intenso en la clase. De la misma manera sucede con la movilidad articular, ya que al final existe un mayor agotamiento muscular. Se le dedica el 60% del tiempo de la sesión.

La parte final es de gran valor pedagógico y educativo. Concluida la parte de la ejercitación principal, se hace necesaria una recuperación del organismo. Aquí se aplican ejercicios respiratorios, de flexibilidad y pensamientos de introspección sobre lo realizado.

## Selección de Ejercicios

¿Cómo elegir el ejercicio adecuado? ¿Qué debo tener en cuenta al recomendar un ejercicio?

A - El lugar: si elijo que se acueste en una colchoneta, pero el paciente es obeso y luego no puede bipedestarse, o lo logra luego de varios intentos y con mucha dificultad, claramente no es el mejor lugar!!! Teniendo en cuenta la HC del paciente y su condición física es el lugar elegido: colchoneta, camilla, camastro, cama, sillón, silla, banco, pelota, pileta. El lugar debe darnos la seguridad al paciente y a nosotros, para poder cumplir con el objetivo propuesto.

B - Amplitud del movimiento: debemos colocar la paciente en una posición segura y la más conveniente para la realización del movimiento que queremos conseguir. Algunos materiales limitan la movilidad articular, pero nos dan seguridad. En este caso prevalece la seguridad, luego se buscará la amplitud, o se realizará en varios ejercicios diferentes.

C- Velocidad: los movimientos en adultos mayores son lentos, por lo tanto la rehabilitación de los mismos debe ser lenta. En el caso de necesitar el componente de la velocidad y sin detrimento del bienestar del paciente, se realizarán algunos ejercicios.

D - Cantidad de repeticiones: esto se determina en la evaluación del paciente y según el objetivo planteado. Si está relacionado con la movilidad articular y/o a la resistencia aeróbica, la cantidad de repeticiones será mayor, por ejemplo 10 a 15. Si se orienta hacia la fuerza muscular será de 6 a 10.

E - Cantidad de series: las series agrupan los ejercicios para que su control sea más fácil. Además en una herramienta para objetivar el avance del tratamiento y demostrarle al paciente sus logros. Se pueden agrupar en

1,2,3...la cantidad que creamos suficientes. Según la capacidad física del paciente. En los inicios del tratamiento conviene que sean pocas series de pocas repeticiones, hasta lograr la adaptación a los ejercicios por parte de todos los sistemas. Al describir el ejercicio se colocan las series y repeticiones de la siguiente manera: Por ej: 1x5 (1 serie de cinco repeticiones cada una); 3x10 (3 series de 10 repeticiones cada una).

F - Intensidad o carga: Se refiere al peso que se le agrega. Puede ser sin peso, o con ½ kg, 1 kg, el peso del cuerpo, etc. Si se agrega un peso a la descripción del ejercicio debemos colocar, por ej: 1x5 con 1 kg.; 3x10 con 1/5 kg. Si es en una serie: 1x5, 1x5 con 1 kg, 1x5.

G - Pausa de recuperación: si el ejercicio provoca un aumento considerable de la frecuencia cardíaca deberá tener mayor tiempo de pausa entre serie y serie.

### Forma de describir ejercicios

Se coloca la posición inicial o de partida. Luego se describe la forma de realización, aclarando cantidad de series, repeticiones, carga. Si es necesario se aclara la posición final.

Por ej:

*Ejercicio de cuádriceps y movilidad articular de rodilla.*

*Paciente en posición sedente en una silla, apoyado en el respaldo, ambos pies apoyados en el piso. Realiza extensión de rodilla derecha 3x10. Pausa de 2 minutos entre serie y serie. Luego repite con el otro miembro inferior.*

**Incorrecto:** “se sienta en una silla y le pido que levante el pie al cielo, de esa manera activa los cuádriceps para que mejore la fuerza. Le pido que lo haga tan alto como pueda.”

### 5°- Reevaluación.

Realizar la reevaluación del paciente. En esta etapa se realizan los tests que mejor se aplican para comprobar la relación de los ejercicios indicados con respecto al objetivo propuesto. (Octava clase).

### 6° - Final

Entregar el trabajo escrito para su corrección. (Novena clase)

## PARTES DEL TRABAJO ESCRITO A PRESENTAR:

Carátula: Geriatria. 4° año. Carrera. Universidad. Prof. Lic. Flavia Peñaloza. Alumno. Año de cursado.

1° Historia clínica del paciente completa. Fecha en la que se realizó.

2° Evaluación Física. Tests. Fecha en la que se realizó cada uno.

3° Objetivos.

4° Primera sesión o clase. Fecha. (Así con cada una de las sesiones.) Descripción de los ejercicios que se realizaron. En el caso que se repitan en todas las sesiones se lo describe la primera vez, luego solamente se coloca el nombre del ejercicio, sin la descripción. Si se modifica la cantidad de series, o repeticiones o carga, se coloca la modificación. Si en alguna sesión no se pudo realizar un ejercicio, o la sesión, o se interrumpió, se coloca el motivo.

5° Reevaluación. Fecha en la que se realizó. Datos.

6° Conclusión personal sobre la experiencia realizada, su rol de terapeuta y la materia.