



## **EL CAMINO HACIA LA INDEPENDENCIA FUNCIONAL: LAS UNIDADES MÓVILES DE REHABILITACIÓN Y FISIOTERAPIA**

**Remedios López-Liria\*, César R. Rodríguez Martín, David Padilla Góngora\*,  
M<sup>a</sup> del Carmen Martínez Cortés\*, Francisco Miras Martínez\*, Andrea Zapata Fernández\***

Universidad de Almería\*

Director de la residencia de personas mayores Suite Oria\*\*

### RESUMEN

### INTRODUCCIÓN

Los cambios demográficos, sociales, la creciente demanda de atención, el acortamiento de estancias, el aumento de la capacidad resolutoria de Atención Primaria y la pérdida de la red familiar de apoyo para el cuidado, han convertido a la Atención Domiciliaria en un servicio estratégico para los Sistemas Sanitarios que dan respuesta a las personas mayores con dependencia y sus familias.

### MÉTODO

Se ha llevado a cabo un Estudio Descriptivo Transversal. La muestra total de participantes han sido 1536 pacientes derivados a un servicio de rehabilitación y fisioterapia domiciliaria.

### RESULTADOS

Existe una gran diversidad de patologías tratadas dentro de la cartera de servicios de la Unidad, los mayores porcentajes los han obtenido las secuelas por inmovilización, las fracturas de cadera, accidentes cerebro vasculares (ACV), las prótesis de rodilla, de cadera, el EPOC, el Alzheimer, los amputados de miembros inferiores, demencia senil, fracturas de húmero, Parkinson... y en menor proporción, multitud de procesos de traumatología y neurología. Se ha confirmado como el Índice de Barthel inicial de estos procesos discapacitantes con respecto al final, sufre una variación positiva alcanzando el paciente una mayor independencia funcional



## EL CAMINO HACIA LA INDEPENDENCIA FUNCIONAL: LAS UNIDADES...

### DISCUSIÓN/CONCLUSIONES

Innumerables trabajos identifican al nivel funcional como el principal agente predictor de supervivencia y de calidad de vida en las personas mayores. Estos programas potencian cuestiones conductuales de la función humana, como son las actividades de la vida diaria.

*Palabras Clave:* Atención Primaria, Dependencia, fisioterapia domiciliaria, Funcionalidad.

### ABSTRACT

### INTRODUCTION

Background rehabilitation of older people has acquired an increasingly important profile for both policy-makers and service providers within health and social care agencies. This growing demand for rehabilitation services has generated an increased interest in the use of alternative care environments for older person's rehabilitation, for example care homes (Ward D, 2003).

### METHOD

This was a retrospective observational study between January 2004 and June 2007. A total of 1536 consecutive patients were recruited from those rehabilitation programme, and all gave written informed consent. The aim of home rehabilitation is to increase domestic activity and improve the quality of life in people with chronic disease.

### RESULTS

There are a wide variety of diseases treated in home rehabilitation, have the highest percentages obtained by freezing the aftermath, hip fractures, stroke (CVA), the prosthetic knee, hip, Alzheimer's, the lower limb amputees, senile dementia, humerus fractures, Parkinson ... and to a lesser extent, many processes of trauma and neurology.

However, this study demonstrated the effectiveness of this regime for these patients, who responded well to the treatment and rapidly regained a high level of function.

*Keywords:* Primary Care, Dependency, Physical therapy at home, Functionality.

### INTRODUCCIÓN

En la última década hemos asistido al progresivo reconocimiento de la necesidad de atención al colectivo de las personas mayores en situación de dependencia y sus familiares en nuestro país. El mayor logro obtenido en este sentido ha sido la *Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia* que comenzó a estar vigente en el año 2007 (*LEY 39/2006*).

Han sido muchos los antecedentes que han dado lugar a la urgente necesidad de esta ley, como el aumento de personas mayores, de la esperanza de vida, las tasas de supervivencia asociadas al aumento de enfermedades crónicas, el aumento de alteraciones congénitas, los accidentes laborales y de tráfico, el vacío creado en el hogar con la incorporación de la mujer al trabajo. Un frente de optimismo se atisba al ver cómo la sociedad viene reaccionando ante estos y otros retos parecidos. Así, las depen-



## PSICOLOGÍA Y SOCIEDAD: SIGLO XXI, COMPETENCIAS RELACIONALES

dencias han de verse reflejadas en el pilar de bienestar de nuestro país, que concreta entre otras medidas, el reconocimiento de esta Ley recogiendo el sentir de la propia Constitución, que en sus artículos 49 y 50, se refiere a la atención a personas con discapacidad y personas mayores y a un sistema de servicios sociales promovido por los poderes públicos para el bienestar de los ciudadanos. Se crea para ello un Sistema Nacional de Dependencia, con un catálogo de servicios necesarios para los mayores y ayudas para las familias.

Se ha demostrado y ha sido objeto de numerosos estudios, que la calidad de vida en las personas mayores está relacionada con su grado de bienestar y salud (Schwartzmann, 2003; Barge-schaapveld, 2000). Por todo ello, la salud también va consolidándose como un objetivo de las políticas económicas, educativas y sociales, además de las políticas sanitarias. Ya se va cambiando la creencia de que las diferencias de salud en las poblaciones viene derivada del acceso a los distintos servicios de atención sanitaria, generalizándose la idea de que se debe tener en cuenta el contexto en el que viven las personas (estilos de vida, horarios laborales, familiares y sociales) que son estándares medibles de la salud de un individuo (Paz B, 2008).

La incidencia y prevalencia de enfermedades en las personas mayores les dirige hacia una limitación funcional que incide directamente en el incremento de la demanda sanitaria, limita su vida de relación y en muchas ocasiones, les recluye en su hogar o en centros residenciales (IMSERSO, 2004).

El modelo de clasificación sobre los grados de severidad de la dependencia propuestos por el Libro Blanco son:

La gran dependencia: grado de mayor gravedad, donde el individuo requiere ayuda para realizar distintas actividades básicas de la vida diaria (ABVD) varias veces al día y por su pérdida total de autonomía mental o física, precisa de la presencia continua de otra persona.

La dependencia severa: el individuo requiere ayuda para realizar varias ABVD 2 ó 3 veces al día, pero no precisa de la presencia continua de una persona encargada de su cuidado.

La dependencia moderada: requiere de ayuda para realizar una o varias ABVD, al menos una vez al día (Bermúdez et al, 2008).

Los cambios demográficos, sociales, la creciente demanda de atención, el acortamiento de estancias, el aumento de la capacidad resolutoria de Atención Primaria y la pérdida de la red familiar de apoyo para el cuidado, han convertido a la Atención Domiciliaria (AD) en un servicio estratégico para los Sistemas Sanitarios que dan respuesta a las personas mayores con dependencia y sus familias. Las fórmulas han sido heterogéneas, destacando la multiplicidad de proveedores y recursos, con una gran dificultad en el acceso a los mismos por parte de las poblaciones más vulnerables.

En Andalucía, en 2002, se introdujo un nuevo modelo de organización de los servicios de Atención Domiciliaria; incorporando la gestión de casos como segundo nivel de decisión (Morales A, 2006). Y dentro de estos nuevos servicios se crearon las Unidades Móviles de Rehabilitación y Fisioterapia, que comprendían un equipo interdisciplinar (médico-rehabilitador, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional) que atendían las demandas de una población vulnerable, al tener dificultades para acceder a los servicios sanitarios por ser pacientes añosos o bien poseer barreras arquitectónicas que les dificultase una atención digna para el mantenimiento o la mejora de su salud.

Dentro de este equipo, la actuación del fisioterapeuta aborda la prestación de servicios a estas personas en situación de discapacidad y/o dependencia para que puedan llevar una vida con el mayor grado de autonomía, valorando sus necesidades, interviniendo con las familias y en su contexto, también cuestionando los procesos que generan esta incapacidad y promoviendo la autonomía personal.

La fisioterapia va encaminada a paliar y retrasar, en la medida de las posibilidades, dicho deterioro funcional y fisiológico. El objetivo general es contundente, conseguir un estado de salud en las tres dimensiones, Física, Psíquica (inquietudes, motivación a la terapia) y Social (posibilidad de relaciones sociales, movilidad, comunicación, motivación ante otras personas). Más específicamente, entre sus funciones están la búsqueda de implicación y colaboración del paciente; conseguir el mayor grado de independencia en las actividades cotidianas (lavarse, peinarse, bajar escaleras) y funcionalidad, así



## EL CAMINO HACIA LA INDEPENDENCIA FUNCIONAL: LAS UNIDADES...

como la integración social en su medio; evitar los ingresos hospitalarios y otras alternativas más traumáticas para el anciano; prevenir las deformidades (postura “senil” encorvado”) y el dolor derivado; evitar en la debilidad muscular así como la temida osteoporosis evitando actitudes sedentarias; mantener las articulaciones en buen estado; la máxima resistencia y fuerza muscular ante ejercicios intensos dentro de la edad del paciente.

Pero los objetivos de la fisioterapia en el domicilio, no sólo deben de centrarse en los resultados físicos y funcionales del paciente, si no también en sus necesidades percibidas y expectativas con la finalidad de detectar, valorar, dar apoyo y continuidad ante los problemas de salud del individuo y su familia, para así potenciar su autonomía (Hale, 2005).

## MÉTODO

Se ha llevado a cabo un Estudio Descriptivo Transversal. La muestra total de participantes han sido 1536 pacientes derivados a un servicio de rehabilitación y fisioterapia domiciliaria exclusivamente, desde enero de 2004 hasta junio de 2007, en Andalucía. De estas historias clínicas, se extrajeron los datos de 1093 pacientes, que se ajustaron a los criterios de inclusión.

Con este estudio se ha deseado obtener los datos sobre el servicio que actualmente se presta a través de las Unidades Móviles de Rehabilitación y Fisioterapia, que fue iniciado con el Plan de Apoyo a las Familias Andaluzas en el año 2002, favoreciendo la autonomía de muchas personas mayores en sus domicilios, el retardo de la dependencia, además de aportar recursos y conocimientos a los cuidadores.

Para hacer posible la recogida de información de modo sistemático y profundo, los datos se adquirieron de las historias clínicas del Centro, accediendo a los datos personales y sociodemográficos, patologías predominantes, deterioro cognitivo, índice de Barthel, etc.

El modo de recoger los datos que aparecen en la historia del paciente por el médico rehabilitador o los fisioterapeutas se suele realizar a través de varios métodos:

**Observación Directa:** cuando los profesionales sanitarios observan las actividades concretas a valorar en el contexto habitual de la persona y con las ayudas técnicas necesarias, en un periodo concreto de tiempo, repitiendo la valoración con periodicidad predeterminada, según se considere establecida o no la situación de dependencia. Por ejemplo, el funcionamiento que tiene la persona a la hora de realizar diversas actividades, cómo se desplaza, higiene...

El problema puede radicar en la subjetividad al realizar la medición, lo cual nos puede dar una menor fiabilidad. En las Unidades móviles de la provincia de Almería este sesgo se ve disminuido ya que el profesional que ha realizado la valoración inicial y final del paciente y planteamiento de objetivos ha permanecido en el servicio a lo largo de todos estos años, salvo breves periodos por motivos vacacionales o personales.

**Entrevista al propio interesado, familia o cuidadores:** se suele realizar tras el estudio de los datos médicos previos o la hoja de derivación que guiará las preguntas adecuadas al interlocutor para obtener el diagnóstico oportuno y los consecuentes objetivos del tratamiento. Las respuestas de los pacientes o familiares pueden estar sometidas a un sesgo potencial según diversos factores como pueden ser la motivación y experiencia del valorador, colaboración del paciente, familiares o instituciones...

**Exploración o aplicación de Pruebas funcionales:** valoración inicial de los órganos y sistemas, de la capacidad respiratoria, del deterioro motor, alteraciones de la marcha, presencia de dolor; balance articular y muscular.

**Aplicación de Cuestionarios e Índices:** como el Índice de Barthel (actividades de la vida diaria) o Mini-mental (alteraciones cognitivas).

En la persona mayor esta valoración clínica ha tenido en cuenta los aspectos diferenciales que conforman las características de la enfermedad en los mayores: pluripatología, presentación atípica (fre-



## PSICOLOGÍA Y SOCIEDAD: SIGLO XXI, COMPETENCIAS RELACIONALES

cuentemente en forma de pérdidas de función), alta incidencia de complicaciones secundarias tanto de la enfermedad como del tratamiento empleado, necesidad de rehabilitación para estimular la readaptación, tendencia a la cronicidad e incapacidad e importancia de factores ambientales y sociales en la recuperación (apoyo del cuidador y familia).

Finalmente se construyó una base de datos donde se recogía, clasificaba y estructuraba, la información extraída de las Historias Clínicas de Rehabilitación y Fisioterapia unificando criterios y los términos que indicaban el mismo significado.

Los datos fueron ordenados para introducirlos en el paquete estadístico SPSS 14.0 y el análisis estadístico realizado se ha valoró de acuerdo a los criterios psicométricos de cada escala a utilizar.

## RESULTADOS

En relación al objetivo general perseguido en este estudio, se ha descrito el porcentaje de pacientes tratados en función de la patología por la que han sido derivados al servicio de Fisioterapia en esta Unidad; así como la interacción entre las variables exploradas y el Índice de Barthel para determinar el grado de implicación del tratamiento en la independencia funcional alcanzada finalmente por estas personas.

Existe una gran diversidad de patologías tratadas dentro de la cartera de servicios de la Unidad, los mayores porcentajes, los han obtenido las secuelas por inmovilización, las fracturas de cadera, accidentes cerebro vasculares (ACV), las prótesis de rodilla, de cadera, el EPOC, el Alzheimer, los amputados de miembros inferiores, demencia senil, fracturas de húmero, Parkinson... y en menor proporción, multitud de procesos de traumatología y neurología.

Otras patologías secundarias que influyen en la recuperación de la afección por la que han sido derivados a la Unidad, las describimos a continuación, aunque una tercera parte se encuentra encuadrada dentro de pacientes pluripatológicos, por la gran cantidad de enfermedades que concurren en ellos. También coexisten patologías como la demencia senil o la enfermedad de Alzheimer, Parkinson, obesidad, las secuelas por inmovilización, EPOC, ACV... Otra tercera parte de los pacientes no tiene problemas de interés a parte de su diagnóstico principal.

El médico rehabilitador realiza una valoración física inicial de todos los pacientes, y en esta muestra se ha obtenido, que en estas personas existe un gran porcentaje de síntomas de grave deterioro motor, dolor y debilidad muscular, seguido por moderado deterioro motor, o dolor general, observado en todos los procesos en general. La valoración final nos ofrece cambios tras haber recibido el tratamiento, disminuyendo el grave deterioro motor, apareciendo una elevada proporción de signos de alivio de dolor y mejora muscular, así como independencia funcional.

La valoración funcional realizada al inicio y al final del tratamiento indica que existe una asociación entre estas variables, obteniendo información muy esperanzadora, que consigue cifras de pacientes que eran totalmente dependientes, y se han tornado a independientes en más de la mitad de los casos.

Los objetivos iniciales de la fisioterapia en fase aguda fueron: asegurar los cuidados posturales correctos, mantener el balance articular analítico con movilizaciones pasivas, el trabajo activo de las extremidades no afectadas y de la movilidad preservada a las extremidades afectadas, hacer fisioterapia respiratoria (ventilación, drenaje de las secreciones) e iniciar la sedestación precozmente, según el nivel de conciencia y situación clínica de cada enfermo.

En el tratamiento de fases avanzadas se realizan ejercicios de cinesiterapia pasiva analítica por articulaciones, acabando en movimientos globales; propiocepción frente a un espejo, reconociendo su esquema corporal en la estática y dinámica; se preserva su mayor actividad física, se previenen problemas mayores por la inmovilización o las caídas; se mantiene la máxima comunicación con el medio; se le realiza un tratamiento integral a la vez que personalizado, adaptado a sus necesidades y las que demandan la familia (López-Liria, 2006).





## EL CAMINO HACIA LA INDEPENDENCIA FUNCIONAL: LAS UNIDADES...

También es su competencia dar apoyos y conocimientos en técnicas de movilización y transferencias que eviten el síndrome de sobrecarga del cuidador, permitiendo así la consecución de otro de los objetivos de la Ley de Dependencia, que es el mantenimiento de la persona dependiente en su entorno habitual el mayor tiempo posible.

Se ha confirmado como el Índice de Barthel inicial de estos procesos discapacitantes con respecto al final, sufre una variación positiva alcanzando el paciente una mayor independencia funcional, con lo cual el tratamiento resulta efectivo tanto para él, que obtiene una mayor calidad de vida en las mejores condiciones de independencia, como para sus cuidadores que se ven descargados del apoyo continuo que realizan para sus cuidados básicos.

## DISCUSIÓN/CONCLUSIONES

Los cambios en las estructuras sociodemográficas y familiares, están demandando estudios que analicen las estrategias que surgen desde hospitales y Atención primaria, a veces centrándose en el coste-beneficio de estos servicios. La investigación en resultados de salud pretende medir las consecuencias de la práctica asistencial y su repercusión en la salud individual y poblacional, como un indicador de calidad asistencial (Sarri Santamera, 2004).

Las administraciones de diferentes estados necesitan reforzar la atención domiciliaria y la fisioterapia. La intervención domiciliaria puede representar una buena respuesta al reto del envejecimiento y la dependencia de la población, aunque no todas las personas que lo necesitan disponen de ésta (Kupper-Nybelen J et al, 2006).

La necesidad de optimizar el uso de camas de hospitales de agudos, está promoviendo innovaciones organizativas como las enfermeras de enlace, gestoras de casos o los programas de atención domiciliaria (PAD) que aumentan la continuidad asistencial y además de mejorar la calidad de la atención clínica pretenden reducir las estancias hospitalarias (Gené Bandia et al, 2007) Estudios como éste y evaluaciones son un prerrequisito para realizar acciones posteriores de mejora en el servicio y la atención a las personas dependientes y sus familias.

En esta investigación se confirma como en otras, realizadas anteriormente (IMSERSO, 2004) que las discapacidades más frecuentes en cuanto a la población española son referentes a la movilidad. Las alteraciones que afectan a más población y cada vez, a más temprana edad son de tipo osteoarticular, dolencia autodeclarada por los mayores de forma más frecuente.

No debemos realizar una interpretación demasiado asistencialista de la ley de la Dependencia basándonos sólo en un catálogo de prestaciones sociales, sino dar más relevancia a uno de los pilares de la ley, que es garantizar el derecho a la prevención de las situaciones de dependencia y promoción de la autonomía personal. Garantizar el derecho a la mejora, o el mantenimiento de las capacidades funcionales de los dependientes, asegurando que el usuario tenga cubiertas sus necesidades (El Fisioterapeuta, 2007).

Citando a Corral (2006): "En un contexto de escasez de recursos y ante la evidencia del incesante envejecimiento demográfico y de una creciente e ilimitada demanda de asistencia por parte de la población, es indispensable velar por que los servicios sociales y de salud respondan adecuadamente a las necesidades específicas de cada usuario, y así evitar la duplicidad de recursos y asegurar que su cometido se lleve a cabo de la forma más eficiente posible".

Innumerables trabajos identifican al nivel funcional como el principal agente predictor de supervivencia y de calidad de vida en las personas mayores. Aunque la edad es un buen predictor de éstas, cuando se ajusta por otras variables, entre ellas la función, aumenta la proporción del riesgo relativo de muerte explicado por causas distintas a la edad, y en consecuencia potencialmente susceptibles de intervención. En las unidades de rehabilitación, el nivel funcional previo al suceso que produjo la discapacidad, es el mejor marcador de la futura recuperación (Valderrama, 1998; Fried, 1998).



## PSICOLOGÍA Y SOCIEDAD: SIGLO XXI, COMPETENCIAS RELACIONALES

Programas realizados en hospitales, estancias diurnas, residencias, atención primaria o similares a los realizados por las Unidades móviles de Fisioterapia, han potenciado cuestiones conductuales de la función humana, como son las actividades de la vida diaria (por ejemplo, actividades motoras, como bañarse, vestirse o asearse) y las actividades instrumentales más complejas (como comprar, administrar medicamentos o cocinar), ejercitadas conjuntamente con la realización de ejercicios de relajación, coordinación, equilibrio, estiramientos, desarrollo de fuerza, resistencia, etc., demostrando que la Fisioterapia aplicada a las personas mayores retrasa el deterioro, promoviendo la salud y previniendo las incapacidades y las minusvalías (Martínez-González y Gómez-Conesa, 2000).

## AGRADECIMIENTOS

Al Distrito Sanitario Almería, sus profesionales y los integrantes del equipo investigador. Este es un proyecto concedido por la Consejería de Salud (RESOLUCIÓN de 26 de diciembre de 2008) para la financiación de la Investigación Biomédica y en Ciencias de la Salud en Andalucía.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barge-schaapveld, Nicolson, NA., Deslepaul, P. & De Vries, M.W. (2000). Evaluación de la calidad de vida diaria con el método de muestreo de experiencias. En: Katschnig, H.; Freeman, H.; Sartorius, N., Calidad de vida en los trastornos mentales, 93-105. Masson, Barcelona.
- Barra, M. (1999). Unidad de Fisioterapia de Atención Primaria. Estudio Descriptivo de la Actividad Asistencial. *Fisioterapia*, 21,27-38.
- Barra, M. (2003) Fisioterapia de atención primaria. Estudio analítico de cargas de trabajo. *Fisioterapia*, 25(3), 159-170.
- Bermudez L, Bolancé C, Guillén M, Mustafa K. (2008).Tipologías sociodemográficas de individuos con dependencia en España y su supervivencia en estado de salud. *Revista Esp Geriatr Gerontología*, 43(1),19-31.
- Corral J. (2006). Proveer asistencia social y sanitaria integrada a las personas mayores en situación de dependencia. *Rev Esp Geriatr Gerontología*, 41,255-7.
- Fried, L.P., Kronmal, R.A., Newman, A.B., Bild, D.E., Mittelmark, M. B., Polak, J. F. (1998). The Cardiovascular Health Study Collaborative Research group. Risk factors for 5-year mortality in older adults. *JAMA*, 585-593.
- Gené Bandia, J; Hidalgo García, A; Contel Segura, JC. et al. (2007). Comorbilidad y visitas a urgencias explican los ingresos hospitalarios de los pacientes incluidos en programas de atención domiciliaria. *Mapfre medicina*, 18 (4), 263-273
- Guzman, M., Fernández, J., Quintana, A. y Mora, C. (1998).Perfil del usuario demandante de Fisioterapia en Atención Primaria. Asociación Española de Fisioterapeutas. Libro de Ponencias y Comunicaciones, V Jornadas de Fisioterapia en Atención Primaria. Zaragoza, 111-113.
- Hale, LA; Piggot, J. (2005). Exploring the content of physiotherapeutic home-based stroke rehabilitation in New Zealand. *Arch Phys Med Rehabil*, 86,1933-40.
- IMSERSO. (2004). *Informe Anual 2004*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Inglés, M; Isern, C; Berget, C; Olivé, C; Espelt, MP (1999). El apoyo a la atención domiciliaria. Un reto para la fisioterapia. In Pérez R, Gutierrez M, Rodríguez G, editors. VI Jornadas Nacionales de Fisioterapia en Atención Primaria. Ponencias y comunicaciones. Pontevedra: Asociación Española de Fisioterapeutas, 149-150.
- Kupper-Nybelen, J; Ihle, P; Deetjen, W; Schubert, I. (2006). Persons requiring long-term care: recommendations and utilization of rehabilitative therapies. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 36, 100-8.



## EL CAMINO HACIA LA INDEPENDENCIA FUNCIONAL: LAS UNIDADES...

- La Parra, D. (2000). Contribución de las mujeres y los hogares más pobres a la producción de cuidados de salud informales. *Gaceta Sanitaria*, 115 (6), 498-505.
- LEY 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Descargado el 16 de Febrero de 2007 de: <http://www.boe.es/boe/dias/2006/12/15/pdfs/A44142-44156.pdf>
- López-Liria, R., Fernández, M., Sáez, C., Rodríguez, C. (2006). Atención integral del Alzheimer en el Hospital de Día. En Gázquez, J. J., Castellón, A., Pérez, M. C. y Yuste, N. (Eds.), Valoración y Tratamiento de las demencias. Apoyo a cuidadores (pp. 153-167). Almería: Editorial Universidad de Almería.
- Martínez-González, M. y Gómez-Conesa, A. (2000). Características generales de los programas de Fisioterapia con personas mayores. *Fisioterapia*, 22 (2), 71 - 82
- Organización Mundial de la Salud (1991). Declaración de Sundsvall sobre Entornos que Apoyan la Salud. Ginebra: OMS.
- Payne, S. (2002). Besoin des patients et des familles en matiere d'information. *J Eur Soins Palliatifs*, 9, 112-4.
- Paz, B. (2008). Los retos de la fisioterapia en el ámbito comunitario. Editorial. *Fisioterapia*, 30 (5), 211-212.
- Sarri Santamera, A. (2004). Variabilidad en la práctica médica. Salud pública y epidemiología 2: Instrumentos de la epidemiología aplicada. Madrid: UNED, Instituto de Salud Carlos III.
- Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia y Enfermería* (online), 9, 2, 9-21.
- Valderrama, E., Molpeceres, J. (1998). Seguimiento a largo plazo de los pacientes ingresados en una unidad de media estancia o convalecencia. *Rev Esp Geriatr Gerontol*, 33, 67-72.
- Ward D, Severs M, Dean T, Brooks N. (2003). Care home versus hospital and own home environments for rehabilitation of older people. The Cochrane Library 2, Update Software, Oxford. *Physiotherapy*, 89:334-5

Fecha de recepción: 28 febrero 2009

Fecha de admisión: 19 marzo 2009