

Síndromes geriátricos y capacidad funcional según género en adultos mayores de Gibara, 2018

Dr. Argelio Hernández Pupo¹

Dra. Darelis Torres Ramírez²

Est. Elizabeth Mairelis Hernández Pérez³

¹ Dirección municipal de salud/Departamento docente, Gibara, Holguín, Cuba, argeliohp@infomed.sld.cu

² Policlínico Docente “José Martí Pérez”/Gibara, Holguín, Cuba, argeliohp@infomed.sld.cu

³ Facultad de Ciencias Médicas “Mariana Grajales Coello”/Holguín, argeliohp@infomed.sld.cu

Resumen:

Introducción. La forma de valorar a las personas mayores debe ser un proceso global y multidisciplinar.

Método. Se realizó un estudio descriptivo y de corte transversal en el consultorio 4 del Policlínico de Gibara, desde enero a diciembre del 2018. El universo estuvo constituido por los adultos mayores y por muestreo aleatorio simple quedó la muestra en 180. Los instrumentos utilizados fueron el índice de Barthel, el de Lawton y Brody y la escala geriátrica cubana de evaluación funcional.

Resultados. La edad más frecuente es de 60 a 64 años con 33,89 % y en sexo femenino con 110 casos para un 61,12 %. La hipertensión arterial fue la enfermedad asociada más frecuente, así como el grupo dispensarial III en el 66,67%. En las actividades básicas según edad, el más dependiente con 68.7% en el subgrupo de 80 a más años; el más dependiente con 78.4% y del sexo femenino. Los síndromes geriátricos más frecuentes fueron: caídas (46,11%), fragilidad (37,78%) y la incontinencia urinaria en el 13,88 %, siendo las mujeres más frecuentes (7,22%). En las actividades instrumentales según sexo, la dependencia moderada con 46,67 % y con 26,67

% el sexo femenino fue la más encontrada. La actividad básica más encontrada es la dependencia moderada con 46,67 %, y la de menor, es la total con sólo el 2,78 %.

Conclusiones: en la población de estudio predomina la dependencia moderada para las actividades instrumentadas. Según la actividad básica que demanda mayor dependencia leve en ambos sexos.

Palabras clave: Actividad básica vida diaria; actividad instrumentadas de la vida diaria; género y escala geriátrica de evaluación funcional.

Abstract:

Introduction. The form of valuing the grown-ups should be a global process **and multidisciplinary**.

Method. He/she was carried out a descriptive study and of traverse court in the clinic 4 of the Policlínico of Gibara, from January to December of the 2018. The universe was constituted by the biggest adults and for simple random sampling it was the sample in 180. The used instruments were the index of Barthel, that of Lawton and Brody and the scale Cuban geriátrica of functional evaluation.

Results. The most frequent age is from 60 to 64 years with 33,89% and in feminine sex with 110 cases for 61,12%. The arterial hypertension was the most frequent associate illness, as well as the group dispensarial III in 66,67%. In the basic activities according to age, the most dependent with 68.7% in the subgrupo of 80 to more years; the most dependent with 78.4% and of the feminine sex. The syndromes more frequent geriatrics were: fallen (46,11%), fragility (37,78%) and the incontinence urinaria in 13,88%, being the most frequent women (7,22%). In the instrumental activities according to sex, the moderate dependence with 46,67% and with 26,67% the feminine sex was the most opposing. The basic activity more in-contrada it is the moderate dependence with 46,67%, and the one of smaller, is the total one just by 2,78%.

Conclusions: in the study population the moderate dependence prevails for the orchestrated activities. According to the basic activity that demands bigger light dependence in both sexes.

Words key: Activity basic daily life; orchestrated activity of the daily life; gender and it
climbs geriátrica of functional evaluation.

INTRODUCCIÓN

Desde la cultura griega llegan hasta hoy normativas médicas sobre el cuidado de los ancianos. A lo largo de la historia, el hombre ha estado preocupado por el envejecimiento porque, según decía Cicerón, éste se considera "(...) una etapa infeliz y está más cerca de la muerte" y que la vejez de forma negativa: inactividad, pérdida de fuerza física, privación de placeres y proximidad a la muerte.¹

A partir del siglo XIX las sociedades occidentales empiezan a ser calificadas como longevas, con un aumento muy significativo en el número de ancianos. Políticos, médicos, sociólogos del siglo XX se centraron en el problema de la vejez, estudiándolo en profundidad desde diferentes perspectivas.²

El mundo enfrenta en el presente siglo una situación singular, se espera que el planeta logre cuadruplicar su población de avanzada edad en los próximos 50 años, al pasar de los 600 millones que hay en la actualidad a 2 000 millones; esto significa que habría de cada 10 personas, una mayor de 60 años, pero en el 2050 lo será una de cada cinco.¹

Se define el envejecimiento, como un proceso dinámico, gradual, natural, e inevitable, en el que se dan cambios a nivel biológico, corporal, psicológico y social, que repercuten indiscutiblemente en el estado funcional y físico de las personas, que además transcurre en el tiempo y está delimitado por éste.^{3,4}

Hay alrededor de 300 teorías que intentan explicar el ocaso de la existencia del hombre desde las más simples que pretendían relacionar la modificación fenotípica con la nutrición, hasta las que se basan en el deterioro sistémico, la alteración celular y hasta la transformación a nivel molecular. El común denominador es la acumulación de entropía o desorden que se observa en las macromoléculas, las células y organismos que envejecen. La causa fundamental de la aparición del envejecimiento es que la evolución biológica no favorece la longevidad individual, sino la perpetuación de la especie, que en los animales tiene lugar a través de la reproducción sexual.⁵

La Organización Panamericana de la Salud indicó que en el 2010 el índice de envejecimiento en las Américas fue de 53 adultos de 60 o más años por cada 100 niños menores de 15 años, superando este índice Canadá, Cuba, Estados Unidos,

Argentina y Chile, entre otros. Los dos primeros países tuvieron un índice de alrededor de 100, mientras que países como Haití, Honduras y Guatemala, tienen índices de alrededor de 16 adultos por cada 100 niños.² Del 2011 al 2021 aumentará en 1106, 074 la población de ancianos, y para el 2050 se tendrá 8738,032, (21.8%) de la población.²

La valoración de la esfera funcional en pacientes geriátricos permite diseñar tratamientos integrales y planes de cuidados adaptados a las condiciones individuales de los pacientes ancianos. Hoy en día, se utilizan escalas con el objetivo de conocer la situación basal del paciente, determinar el impacto de la enfermedad actual y obtener información objetiva, así como establecer tratamientos específicos y valorar la respuesta a los mismos.⁶⁻⁸

La funcionalidad se define por medio de tres componentes: las Actividades Básicas de la Vida Diaria (en lo adelante ABVD), las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (en lo adelante AIVD) y el de marcha y equilibrio.

Los síndromes geriátricos son el pilar en el estudio de adultos mayores; son padecimientos a los que está propenso todo individuo, por la misma edad y la presencia de múltiples patologías. Representan un medio para conocer la morbilidad y el pronóstico de la persona en cuanto a calidad de vida. A pesar del peso específico de los mismos, no son utilizados en el resto de la literatura médica no geriátrica, por lo que no suelen diagnosticarse ni tratarse. Por su frecuente presentación y las consecuencias de las mismas a nivel personal, familiar y social, deben de tenerse en mente, ya que traducen el estado actual del paciente y su pronóstico.

OBJETIVO. Describir las características de la capacidad funcional y los Síndromes geriátricos del consultorio del médico de la familia 4 del Policlínico “José Martí Pérez” de Gibara, Holguín.

MÉTODOS

Tipo de investigación. Se realizó una investigación de serie de casos, en adultos mayores del consultorio del médico de la familia 4 del Policlínico “José Martí” de Gibara, Holguín, desde enero a diciembre del 2018.

El universo de la población mayor de 60 años del consultorio fue de 302 habitantes.

Muestra. El tamaño de la muestra, según la fórmula de proporciones desarrollada fue de 180 adultos mayores, Obtenidos por muestreo probabilístico aleatorio.

Criterios de inclusión:

1. Adulto mayor de sexo femenino y masculino de 60 años y más.
2. Adulto mayor perteneciente al consultorio del médico de familia 4 del Policlínico docente "José Martí Pérez".
3. Adulto mayor que acepte la realización del estudio.

Criterios de exclusión:

1. Adulto mayor institucionalizado.

Las variables analizadas fueron:

Edad. 60 a 64 años, 65 a 69 años, 70 a 74 años, 75 a 79 años, 80 a 84 años, 85 a 89 años

Sexo. Masculino, femenino.

Grupos dispensariales. Se consideró: Grupo I: Aparentemente sano. Grupo II: en riesgos. Grupo III: Enfermos. Grupo IV: Discapacidad o secuela.

Síndromes geriátricos. Se consideró cada uno de ellos dependiendo del resultado de la Escala Geriátrica de Evaluación Funcional: Fragilidad. Inmovilización. Incontinencia. Caídas. Confusional. Demencia.

Capacidad funcional de las actividades básicas de la vida diaria. Se consideró según el Índice de Barthel. Independiente: 100 puntos (90 si usa silla de ruedas). Dependiente Leve: > o igual de 60. Dependiente Moderado: 40-55. Dependiente Grave: 20-35. Dependiente Total: < 20.

Capacidad funcional de las actividades instrumentadas de la vida diaria. Se consideró según el Índice de Lawton y Brody Independiente: 8 puntos. Dependiente moderado: 4-7 puntos. Dependiente grave: 4 puntos. Dependiente total: 0 puntos

Una vez incluidos los ancianos y ancianas en la muestra se procedió a la recogida de la información a través de:

- La encuesta: Técnica que consintió en recolectar datos generales de los ancianos.

- Instrumentos: se utilizó una batería de instrumentos orientados a determinar la existencia de algún síndrome geriátrico y la capacidad funcional en el adulto mayor: Índice de Barthel, Escala de Lawton y Brody y la Escala Geriátrica de Evaluación Funcional.

El procesamiento de los datos se realizó de manera automatizada a través de porcentajes y la aplicación del Coeficiente de correlación de Pearson; empleando una computadora Pentium IV, utilizando el software MedCal.

Durante el desarrollo de la investigación, se respetó los derechos humanos de los adultos mayores participantes, que conformaron el estudio de acuerdo a la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial sobre los principios éticos y bioéticos para las investigaciones médicas en seres humanos.

RESULTADOS

La tabla 1 muestra las características de los adultos mayores entrevistados de acuerdo al sexo, observándose que la edad promedio global fue $74,7 \pm 6,2$ años siendo ligeramente inferior en los varones ($73,9 \pm 5,6$) que las mujeres ($75,3 \pm 5,9$). Cuando se analiza por grupos de edad, se encontró que 74,44% es población gerontológica joven, con edades comprendidas entre 60 a 74 años, predominando el grupo de mujeres con 43,89% frente a los varones con el 30,55 %.

Tabla 1 Distribución según edad y sexo de los adultos mayores, 2019. Policlínico "José Martí Pérez". Gibara

Edad (años)	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		No	%
	N	%	N	%		
o	%	o	%	No	%	
(X+DS)	73,9 ± 5,6		75,3 ± 5,9		74,7 ± 6,3	
De 60 a	2	13,8	3	20,0	61	33,8
64	5	9	6	0		9
De 65 a	2	11,1	2	16,1	49	27,2

III Congreso Nacional de Enfermería 2019

69	0	1	9	1	2	
De 70 a	1		1		13,3	
74	0	5,55	4	7,78	24	3
De 75 a	7	3,89	1	6,67	19	10,5
79			2			6
De 80 a	4	2,22	1	5,56	14	7,78
84			0			
De 85 a	4	2,22	9	5,00	13	7,22
89						
Total	7	38,8	1	61,1	18	100
	0	8	10	2	0	

Hay autores que plantean que la población femenina tiene una mayor esperanza de vida que la población masculina, lo que se corresponde con lo reflejado en el estudio, guardando estrecha relación de que el sexo femenino supera al masculino en la expectativa de vida en 2,7 años lo que es comparable con los más altos del mundo.^{4,7,9-11}

Hernández Pupo y colaboradores comprobaron que la influencia del sexo sobre la morbilidad geriátrica en general al determinar que en promedio, la mujer vive más que el hombre en ocho años, lo cual depende de una mayor resistencia del organismo femenino.¹²

En cuanto a la clasificación de los adultos mayores según grupo dispensarial (tabla 2), predominó el grupo III (enfermos) con 66,67 %, seguido por el IV (discapacidad o minusvalía) con 20,56 % (37 casos), siendo superior siempre en el sexo femenino.

Se coincide con Rodríguez Marín y colaboradores¹³ en una investigación realizada en el Policlínico Norte del municipio Ciego de Ávila, así como en la investigación realizada por González Rodríguez y colaboradores en una investigación realizada en Pinar del Río.¹⁴ Ellos promueven el fortalecimiento de la atención integral a AM frágiles para prevenir riesgos, daños a la salud, descompensaciones de patologías de base, así como evitar la aparición de otras enfermedades que repercutan de forma

negativa en el deterioro fisiológico de dichas personas. Ellos promueve el fortalecimiento de la atención integral a AM frágiles para prevenir riesgos, daños a la salud, descompensaciones de patologías de base, así como evitar la aparición de otras enfermedades que repercutan de forma negativa en el deterioro fisiológico de dichas personas.

Tabla 2 Grupos dispensariales y sexo. Consultorio del médico de la familia 4. Policlínico “José Martí Pérez” Gibara

Grupos dispensariales	Sexo					
	Masculino		Femenino		Total	
	n	%	n	%	n	%
I	2	1,11	5	2,77	7	3,88
II	5	2,77	11	6,12	16	8,89
III	45	25,00	75	41,67	120	66,67
IV	18	10,00	19	10,56	37	20,56
Total	70	38,88	110	61,12	180	100

En la tabla 3 se exponen los síndromes geriátricos y sexo, en el Síndrome de caídas, se observó que las féminas tenían un 23,89% superior a los hombres, resultado que fue altamente significativo. (X^2 : 5,60; p: 0,05). El Síndrome de fragilidad tuvo una mayor representación del sexo femenino sobre el masculino (23,89% y 13,89%, respectivamente), resultado este que no tuvo significación estadística. (X^2 : 0,19; p: 0,05). En la incontinencia urinaria se encontró una ligera superioridad respecto al sexo masculino (7,22% contra 6,66%), resultado este que no tuvo significación estadística. (X^2 : 0,002; p: 0,05).

Los resultados del presente estudio son superiores a lo reportado por Esteban Cruz donde señalan que la prevalencia anual promedio de caídas en el grupo de 65 a 75 años de edad varía del 15% al 28% en personas sanas.¹⁵

Los datos anteriores son preocupantes, considerando que la evaluación de la capacidad funcional es el centro de la valoración del adulto mayor, siendo a veces su compromiso la única manifestación de una enfermedad subyacente, además es uno de los principales determinantes de su calidad de vida.

Tabla 3 Síndromes geriátricos y sexo. Consultorio del médico de la familia 4. Policlínico “José Martí Pérez” Gibara

Síndromes geriátricos	Masculino		Femenino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Fragilidad	25	13,89	43	23,89	68	37,78
Inmovilización	6	3,33	10	5,55	16	8,88
Incontinencia	12	6,66	13	7,22	25	13,88
Caídas	40	22,22	43	23,89	83	46,11
Confusional	1	0,55	4	2,22	5	2,77
Demencia	4	2,22	4	2,22	8	4,44

En la tabla 4 se observa la capacidad funcional en las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) según índice de Barthel de los adultos mayores según sexo.

Tabla 4 Capacidad funcional según Activiades Básicas de la Vida Diaria y sexo. Consultorio del médico de la familia 4. Policlínico “José Martí Pérez” Gibara

Capacidad funcional	fun-	Masculino		Femenino		Total	
		n	%	n	%	n	%
Dependencia total		2	1,12	3	1,66	5	2,78
Dependencia grave		3	1,66	3	1,66	6	3,32
Dependencia moderada		3	1,66	6	3,34	9	5,00
Dependencia leve		3	19,44	3	21,68	7	41,12
Independencia		5	15,00	9	32,78	4	47,78
		2		5		8	
		7		9		6	
Total		7	38,88	1	61,12	1	100
		0		10		80	

El 52,22 % de los adultos mayores tiene algún grado de dependencia funcional, el 41,12% muestra dependencia leve, observándose mayor porcentaje en mujeres (21,68%) en comparación con los varones. Situación similar se observa en la dependencia moderada (3.34 % en mujeres y 1.66 % en varones). Mientras que las mujeres presentan mayor dependencia moderada en comparación con los varones (5.0% y 3.0% respectivamente).

La estimación de la prevalencia de fragilidad La Lisa en La Habana fue de 42,9 %.¹⁰ Del mismo modo el estudio realizado por Calíope¹⁶ en Brasil, comprueba que su población de estudio presenta algún grado de dependencia, siendo de mayor proporción la dependencia leve y en menor proporción la moderada y grave. No obstante, según los resultados obtenidos del estudio de la Fuente¹⁷ en México, se encontró que los niveles de dependencia son mayores que el del presente estudio.

Tabla 5 Capacidad funcional según actividades inespecíficas de la vida diaria y sexo. Consultorio del médico de la familia 4. Policlínico “José Martí Pérez” Gibara

Capacidad funcional	fun-	Mascu-		Femenino		Total	
		lino					
		n	%	n	%	n	%
Dependencia total		4	2.2	3	1.6	7	3.8
			2		6		8
Dependencia severo		17	9.4	22	12.	39	21.
			4		23		67
Dependencia moderada		36	20	48	26.	84	46.
					67		67
Independiente		13	7.2	37	20.	50	27.
			2		56		78
Total		70	38.	110	61.	180	10
			88		12		0

En la tabla 5 respecto a las actividades instrumentales de la vida diaria, según demanda de dependencia para satisfacerlas, considerando edad y sexo, se ha considerado que 72,22% de adultos mayores que presentan algún grado de dependencia, predominando la dependencia moderada y severa en ambos sexos (46,67% y 21,67% respectivamente). Estos datos no se asemejan a los resultados del estudio realizado por Garcilazo¹⁸, quien obtuvo que la mayoría de los adultos mayores encuestados son dependientes al realizar las actividades instrumentales de la vida diaria.

En este sentido, aun cuando 27,78% de los adultos mayores estudiados realizan sus actividades instrumentadas de la vida diaria de forma independiente, requieren de una serie de acciones del médico y la enfermera de la familia que garanticen su adecuada realización y la prevención de accidentes, de tanta repercusión en estas edades, mediante la aplicación de acciones directas, debido a que en esta etapa se producen una serie de cambios físicos y psíquicos que pueden conducir a un decrecimiento de sus habilidades.

CONCLUSIONeS

Los adultos mayores estudiados tienen un perfil similar a la población cubana

Predominó el grupo dispensarial III y fueron la Hipertensión arterial, la artrosis y la Diabetes mellitus las enfermedades crónicas más prevalentes

Los Síndromes de caída, fragilidad e incontinencia urinaria fueron lo más encontrados y las féminas fueron las más afectadas

Más de la mitad de la muestra tenía comprometida la capacidad funcional para las actividades básicas de la vida diaria, siendo la dependencia leve la más encontrada

En la capacidad funcional del adulto mayor, para desarrollar las actividades instrumentales de la vida diaria son más reportadas las dependencia severa y moderada

REFERENCIaS BIBLIOGRÁFICAS

1. Álvarez González K, Delgado Cruz A, Naranjo Ferregut JA, Pérez Martín M, Valdés del Pino AM. Evaluación funcional del adulto mayor en la comunidad. Rev Ciencias Médicas [Internet]. Ene 2019 [Citado 8 marzo 2109]; 16(2); [aprox. 8p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942012000200010 &lng= es.

Vega García E, Menéndez Jiménez J, Rodríguez Rivera L, Ojeda Hernández M. Atención al adulto mayor. En: Alvares Sintés R, Hernández Cabrera G, Baster Moro JC, García Núñez RD. Medicina General Integral. 3ra edición. La Habana: Editorial de ciencias médicas; 2014. 488-517.

Ramos Monteagudo AM, Yordi García M, Miranda Ramos MA. El envejecimiento activo: importancia de su promoción para sociedades envejecidas. Rev. Arch Med Camagüey [Internet]. Mar 2016 [Citado 8 marzo 2109]; 20(3); [aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://www.convencionsalud2015.sld.cu/index.php/convencionsalud/2015/paper/viewPaper/797>

Ramos Monteagudo AM. Envejecimiento de la población en Cuba: logros vs desafíos. Rev. Arch Med Camagüey [Internet]. Oct 2016 [Citado 8 marzo 2109]; 20(4); [aprox. 4 p.]. Disponible en: www.medigraphic.com/pdfs/medicocamaguey/amc-2016/amc164a.pdf

Ramos Monteagudo AM. Envejecimiento de la población en Cuba: logros vs desafíos. Rev. Arch Med Camagüey [Internet]. Oct 2016 [Citado 8 marzo 2109]; 20(4); [aprox. 4 p.]. Disponible en: www.medigraphic.com/pdfs/medicocamaguey/amc-2016/amc164a.pdf

Arnau A, Espauella J, Serrarols M, Canudas, J, Formiga F, Ferrer M. Risk factors for functional decline in a population aged 75 years and older without total dependence: A one-year follow-up. Arch Gerontol Geriatr; 2016; 65(3): 239-47.

Delgado Silveira E, Montero Errasquín B, Muñoz García M, Vélez Díaz Pallarés M, Lozano Montoya I, Sánchez Castellano C, Cruz Jentoft A. Improving drug prescribing in the elderly: a new edition of STOPP/START criteria. Revista Española de Geriatria y Gerontología [Internet]. Ene 2015 [Citado 8 marzo 2109]; 4(2); [aprox. 11p.]. Disponible en: <https://www.europepmc.org/abstract/med/25466971>

Ruiz Álvarez J, Llanes Torres HM, Perdomo Jorge JM, Santamarina Rodríguez S. Caracterización de ancianos frágiles en consultorios del Médico de Familia. Medimay [Internet]. Mar 2016 [Citado 8 marzo 2109]; 22(1); [aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/923>

Sarmiento Mena DA. Funcionalidad familiar y factores asociados al síndrome de fragilidad en el adulto mayor de la comunidad del Cebollar, Cuenca. [Tesis]. Cuenca: Universidad de Cuenca; 2017.

Concepción Acosta MC. Capacidad funcional en las personas mayores según el género. España, 2013 [tesis]. España: Universidad Valladolid. España, 2014.

Monroy Rojas A, Contreras Garfias ME, García Jiménez MA, García Hernández ML, Cárdenas Becerril L, Rivero Rodríguez LF. Estatus funcional de adultos mayores de Tláhuac, México. Enferm Univ [Internet]. Ene-Mar 2016 [citado 8 marzo 2109]; 13(1); [aprox. 5p.]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2016.01.005>.

Hernández Pupo A, Caballero Fernández Y, Escalona Aguilera JR, Rodríguez Ramírez R, Tamayo Velázquez O, Escalona López AL, Catalá Meriño A. Las caídas en el anciano: conocer para actuar. Editorial Académica Española. España; 2018.

Rodríguez Marín O, Mellor Duarte L, Arias López Y, Quiñones Rodríguez MC. Análisis de la situación de salud en el Consultorio No. 32 del Policlínico Norte del

municipio Ciego de Ávila. *Mediciego* [Internet]. 2013 [citado 18 Nov 2018]; 19(Supl.1); [aprox. 9 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol19_supl1_2013/articulos/t-13.html.

onzález Rodríguez R, Cardentey García J, Hernández Díaz DC, Rosales Álvarez G; Jeres Castillo CM. Comportamiento de la fragilidad en adultos mayores. *Rev. Arch Med Camagüey* [Internet]. 2017 [citado 8 marzo 2109]; 21(4); [aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=77721>.

Esteban Cruz, Mariana González, Miriam López, Illythia D. Godoy, Mario Ulises Pérez Caídas: revisión de nuevos conceptos. *Revista HUPE, Rio de Janeiro* [Internet]. 2014 [citado 8 marzo 2109]; 13(2); [aprox. 8 p.]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/266262563_Caidas_revision_de_nuevos_conceptos.

Calíope Pilger M., Umberto Menon M., Aidar de Freitas T. Capacidade funcional de idosos atendidos em unidades básicas de saúde do SUS [tesis]. São Paulo: Universidad de São Paulo; 2013.

De la Fuente Bacelis TJ, Quevedo Tejero EC. Funcionalidad para las actividades de la vida diaria en el adulto mayor de zonas rurales [tesis]. Tabasco: Universidad Juárez Autónoma de Tabasco – México; 2010. Disponible desde: <https://www.redalyc.org/html/507/50719083001/>

Garcilazo Salazar, M. Capacidad de autocuidado del adulto mayor para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria. En un centro de salud de San Juan de Miraflores 2014 [tesis]. Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2014. Perú - 2014. Disponible desde: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/413>.