



162 Martha Graciela Segovia Díaz de León  
Erika Adriana Torres Hernández

## Funcionalidad del adulto mayor y el cuidado enfermero

163

Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma  
de San Luis Potosí.

### Correspondencia:

Martha Graciela Segovia Díaz de León  
Xicoténcatl 416, B. San Miguelito  
CP: 78339 San Luis Potosí, S. L. P. México  
Teléf.: 01-(444) 812 65 44  
Fax: 01-(444) 812 11 17  
E-mail: segoviadi@hotmail.com

### *Functionality of the elderly and nursing care*

### RESUMEN

La funcionalidad ubicada como parte de la valoración geriátrica y gerontológica ha venido tomando fuerza conforme pasa el tiempo; importante para el equipo multi e interdisciplinar y como parte del personal de enfermería que brinda atención a los adultos mayores. En el desarrollo del trabajo, se exponen conceptos claves, así como la evolución de los diferentes términos que se engloban en la funcionalidad. Esto basado tras una revisión exhaustiva de diferentes autores expertos en el tema, con el fin de crear un panorama amplio de la funcionalidad, principalmente para el campo de enfermería.

### PALABRAS CLAVE

Funcionalidad, adulto mayor, modelos de cuidado.

### SUMMARY

*The functionality located as part of the gerontological and geriatric assessment has been gaining strength as time passes, important for multi-and interdisciplinary team and as part of the nursing staff that provides care to older adults. In the development work, we present key concepts and the evolution of the different terms that are combined with functionality. This is based upon a thorough review of different authors who are experts in the field, in order to create a comprehensive picture of the functionality, mainly for nursing.*

### KEY WORDS

*Functionality, elderly, care models.*

### INTRODUCCIÓN

La funcionalidad ubicada como parte de la valoración geriátrica y gerontológica ha venido tomando fuerza conforme pasa el tiempo; importante para el equipo de multi e interdisciplinar y como parte del personal de enfermería que brinda atención a los adultos mayores. Sin embargo, para poder iniciar la valoración, es necesario conocer conceptos básicos relacionados con la funcionalidad, y modelos de atención para brindar el cuidado a estos pacientes.

En el desarrollo del trabajo se exponen conceptos claves, así como la evolución de los diferentes términos que se engloban en la funcionalidad. Todo ello tras una revisión exhaustiva de diferentes autores expertos en el tema, con el fin de crear un panorama amplio de la funcionalidad, principalmente para el campo de la enfermería.

Por tanto, el objetivo del presente trabajo será dar a conocer los conceptos fundamentales que engloba a la funcionalidad, así como los diferentes modelos de cuidados para el personal de enfermería con el único fin de brindar una mejor atención al adulto mayor a partir de la valoración del mismo.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Para el logro del objetivo, se analizó diversa literatura de autores expertos en el tema, concretizando en lo siguiente: una revisión total de 25 libros, de los cuales 13 fueron del área de gerontogeriatría, ocho libros del área de enfermería, dos libros electrónicos y dos más de áreas afines; se revisaron tres artículos de carácter científico, se dio prioridad a los textos publicados del 2005 al 2010 de los cuales fueron un total de 19, y salvo que se identificara un texto de suma relevancia, se tomaron referencias antiguas a la fecha prevista de los cuales solo se retomaron nueve.

Para analizar los conceptos principales de este artículo, la búsqueda estuvo realizada en 18 libros y tres artículos científicos; para el apartado de modelos de enfermería se revisaron ocho literaturas.

### RESULTADOS

#### Funcionalidad

El concepto de salud ha experimentado un cambio importante, desde una noción negativa centrada en la ausencia

de enfermedades a una concepción más positiva, “de estado de bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de enfermedad”.

Menéndez refiere que en 1975 la OMS intentó dar una definición operacional del concepto de salud en la que se tomara en cuenta la función, considerándola como “un estado o calidad del organismo humano que expresa su funcionamiento adecuado en condiciones dadas, genéticas o ambientales”(1).

A través del tiempo, la misma Organización Mundial de la Salud, mediante la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF), considera al funcionamiento “como una relación compleja o interacción entre las condiciones de salud y los factores contextuales (ambientales y personales)” (2); la interrelación compleja entre el estado de salud (trastorno o enfermedad) y factores contextuales, donde se implica la integridad funcional y estructural del hombre, actividades y participación por otra, culminados en la capacidad para realizar tareas o el desempeño en un entorno real, propiciado por factores ambientales como facilitadores, *versus* la existencia de la deficiencia (funcional o estructural) y/o la limitación en la actividad, y/o restricción en la participación que por ende genera la discapacidad, propiciado por barreras u obstáculos, derivados de factores ambientales (Fig. 1).

De tal forma que un sujeto puede tener deficiencia sin limitación en la actividad, o bien tener limitaciones en la actividad sin deficiencias evidentes o, por otra parte, tener problemas de participación, sin deficiencias o limitaciones en la actividad; o en otra vertiente, tener limitaciones en la actividad sin problema de participación; esto nos demuestra la complejidad de la interacción entre los diversos factores. Idea con la que concuerda Querejeta (2003), haciendo alusión al aspecto positivo de la interrelación de los factores e involucrando los factores sociales en el concepto de funcionalidad.

Adicionalmente, Querejeta considera la discapacidad cómo un término genérico que incluye deficiencias, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación; indica los aspectos negativos de la interacción entre el individuo (con una determinada “condición de salud” y sus factores contextuales [social/ambiental]) (3).

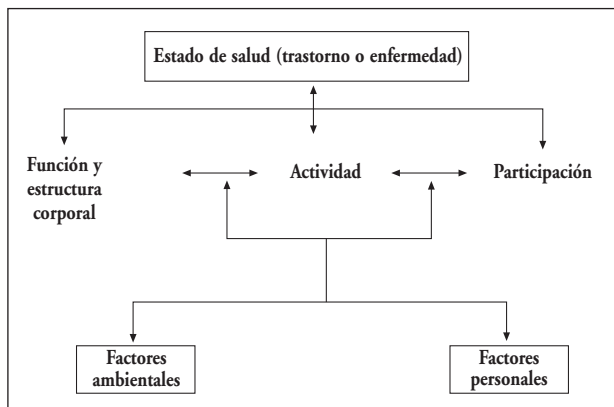


Fig. 1. Proceso del funcionamiento y la discapacidad.

En otra vertiente más particular, Hazzard (2007), con una ideal igualmente holística, menciona la interacción de diferentes dimensiones para la evaluación geriátrica e identifica el estado funcional del anciano, no involucrando solo el aspecto médico, sino de forma más global involucrando los aspectos cognitivo, afectivo, factor medioambiental, soporte social, factor económico y espiritualidad (4).

En congruencia con Hazzard, y todavía de forma más generalizada, Pérez del Molino (2008) refiere que se deben incluir las esferas física, mental y social en la valoración geriátrica, y la integración de estas tendrán como resultado la función o situación funcional de un sujeto, expresando su capacidad para vivir de forma independiente (5); cuando ya antes Kirk y Mayfield consideraban en 1998 los mismos aspectos, solo sumando la situación económica al grado de actuación que tiene el individuo en las actividades relacionadas con la vida cotidiana para descubrir cuál es la fuente potencial de la incapacidad o deterioro, así como sus necesidades (6).

Similarmente, en una dimensión cuádruplo dinámica, Pedrero y Pichardo (2009) identifican la funcionalidad en geriatría holísticamente, integrando los aspectos físico, mental, sociofamiliar, agregando lo económico (7). No solo identificando la funcionalidad, sino la discapacidad, desajuste o grado de incapacidad del adulto mayor. Por tanto, considera anciano sano el que se mueve y toma sus propias decisiones, independientemente de las enfermedades que tenga, y anciano enfermo el que deja de moverse y de tomar sus propias decisiones, se vuelve dependiente; quien requiere de mayor atención y gastos.

La función también depende de aspectos relacionados con el paciente y su enfermedad, la gravedad de esta, su impacto sobre el estado físico, la cognición o el ánimo, la motivación por mejorar y las expectativas personales, según los define en cuanto a Pérez del Molino y cols. (5), y concuerda con la OMS, de eliminar el concepto de deficiencia, discapacidad y minusvalía como sinónimos y plantea el funcionamiento y discapacidad globalmente, basado en un modelo biopsicosocial, considerando al individuo en el contexto en donde se desenvuelve.

Como se ha determinado hasta el momento la funcionalidad es multidimensional; sin embargo, para el aspecto particular de funcionalidad física, Rikli R en: Lobo y cols. 2007, la consideran como “la capacidad fisiológica y/o física para ejecutar las actividades de la vida diaria de forma segura y autónoma, sin provocar cansancio” (8); la funcionalidad o independencia funcional es aquella en la cual se pueden cumplir acciones requeridas en el vivir diario, para mantener el cuerpo y poder subsistir independientemente; por tanto, cuando el cuerpo y la mente son capaces de llevar a cabo las actividades de la vida cotidiana se dice que la capacidad funcional está indemne.

Desde una perspectiva funcional un adulto mayor sano es aquel capaz de enfrentar el proceso de cambio a un nivel adecuado de adaptabilidad funcional y satisfacción personal; por consiguiente, la función, definida por Lazcano (2007), es “la capacidad para efectuar las actividades de la vida co-



164 tidiana” (9), Medina y cols. (2007) definen la funcionalidad como “el grado de independencia o capacidad para valerse por sí mismo para la vida” (10).

La capacidad funcional del adulto mayor es definida como “el conjunto de habilidades físicas, mentales y sociales que permiten al sujeto la realización de las actividades que exige su medio y/o entorno”. Dicha capacidad viene determinada, fundamentalmente, por la existencia de habilidades psicomotoras, cognitivas y conductuales. La habilidad psicomotora, entendida como la ejecución de habilidades prácticas que requieren la actividad coordinada muscular, junto con un proceso cognitivo de intencionalidad, que son las bases para las actividades de la vida diaria, según Spiridus y Mc Rae en García y Morales (2004) (11).

Desde otra óptica, Sosa Ortiz y cols. identifican el término funcionalidad desde la capacidad del sujeto para movilizarse en su entorno, realizar tareas físicas para su autocuidado, conductas y actividades para mantener su independencia y relaciones sociales; por tanto, son utilizados un sin número de instrumentos para medir la funcionalidad en la esfera física, mental y social (12).

Por otra parte, Rodríguez y Alfonso (2006) consideran que para la capacidad funcional hay que tomar en cuenta la propia evolución de patologías múltiples superpuestas, procedimientos diagnósticos y terapéuticos, entre ellos la polifarmacia y la automedicación por un lado, y por otro la presencia de afecciones crónicas e invalidantes y hasta la influencia de factores sociales y psicológicos (13).

Es fácil confundir que la capacidad funcional puede estar dada por los cambios propios del envejecimiento o por los procesos mórbidos, sin embargo, Rodríguez y Alfonso dejan claro que principalmente se da la disminución de la capacidad funcional por las patologías presentes, idea que concuerda con Pérez del Molino y cols.

El deterioro funcional es común en el adulto mayor, donde existen causas potenciales que contribuyen al mismo como los cambios relacionados con la edad, factores sociales y/o enfermedades; cerca del 25% de los pacientes adultos mayores de 65 años de edad requieren ayuda para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD): bañarse, vestirse, alimentarse, trasladarse, continencia y aseo igualmente para actividades instrumentadas de la vida diaria: transporte, compras, cocinar, utilizar el teléfono, manejo del dinero, toma de medicamentos, tareas de limpieza doméstica, lavar ropa. El 50% de los pacientes mayores de 85 años de edad necesitan ayuda de otra persona para ABVD (14).

Existen interrogantes sobre la existencia de la relación entre el estado funcional y el deterioro cognitivo, interrogantes que han sido resueltas, pues existen estudios en Kasper (1990) que han comprobado que el deterioro cognoscitivo severo conlleva a dificultades de autocuidado (15).

Por lo anterior, como menciona Fernández-Ballesteros (2009), es importante identificar en el adulto mayor la diferencia entre el declive cognitivo (como un componente normal del envejecimiento) y un deterioro cognitivo de

origen neuropatológico; por ello la importancia de integrar esta área a la evaluación geriátrica (16), tal y como lo sugiere Rubenstein y cols. (2007), pues el estado cognitivo es uno de los datos claves dentro de la discapacidad funcional del anciano, ya que nos ayudará a identificar qué partes de la exploración física necesitan una especial atención (17).

## VALORACIÓN FUNCIONAL DEL ADULTO MAYOR

La funcionalidad es fundamental dentro de la evaluación geriátrica pues permite definir el nivel de dependencia y plantear los objetivos de tratamiento y rehabilitación, así como instruir medidas de prevención para evitar mayor deterioro. La capacidad del paciente para funcionar puede ser vista como una medida de resumen de los efectos globales, de las condiciones de salud en su entorno y el sistema de apoyo social, y que progresivamente debe incorporarse dentro de la práctica clínica habitual y ser el pilar fundamental para el cuidado enfermero.

La observación directa de la funcionalidad es el método más exacto para la evaluación funcional, pero es impráctico a partir de los modelos de atención médica por lo que el autoinforme de las ABVD y las actividades instrumentales o intermedias de la vida diaria (AIVD) se deben corroborar, si es posible, por un informante, acompañante o cuidador.

Para la evaluación funcional se deberá interrogar sobre lo normal y lo anormal en cuanto a su función social, ya que el deterioro funcional no debe de atribuirse al proceso de envejecimiento, porque se corre el riesgo de omitir el verdadero origen. Todos los cambios en el estado funcional deben conducir a una nueva evaluación diagnóstica.

El estado funcional, según Hazzard y cols., puede ser evaluado en tres niveles: las ABVD, las AIVD y las actividades avanzadas de la vida diaria (AAVD) (4).

Las actividades de la vida diaria, actividades personales de la vida diaria o también llamadas AVBD, son definidas como aquellas actividades orientadas hacia el cuidado del propio cuerpo (18, 19) como bañarse, vestirse, asearse, continencia, la alimentación y las transferencias.

Las AIVD se refieren a la capacidad de mantener un hogar independiente, a realizar compras de comestibles, conducir o utilizar el transporte público, utilizar el teléfono, preparación de comidas, tareas domésticas, reparaciones en el hogar, lavandería, tomar la medicación y manejar las finanzas. Las AAVD se refieren a la capacidad para cumplir con la sociedad, comunidad y roles familiares como participar en la tarea de recreo u ocupacional. Estas actividades varían considerablemente de un individuo a otro (18).

Según Lazcano (2007) la clasificación habitual para la función es la siguiente (9):

1. Funcional o independiente: tiene la capacidad de cuidar de sí mismo y mantiene lazos sociales.
2. Inicialmente dependiente: requiere de cierta ayuda externa, como transporte o para las compras.

3. Parcialmente dependiente: necesita ayuda constante en varias de las actividades de la vida cotidiana, pero aún conserva cierta función.
4. Dependiente funcional: requiere de ayuda para la mayor parte de las actividades de la vida cotidiana y necesita que alguien le cuide todo el tiempo.

Actualmente la evaluación del anciano debe de ser multidimensional con la inclusión del área física, mental, social y funcional; esta última siendo un eje fundamental para identificar la función, ya que es una de las dimensiones más sensibles en la evaluación del paciente geriátrico dado que traduce la condición general de salud del paciente y se identifica el grado de independencia o dependencia. Conviene recordar que el objetivo de la geriatría es mantener la función cuando el paciente puede valerse por sí mismo o recuperarla cuando se ha deteriorado (9).

Existen numerosas escalas que se utilizan para la cuantificación de la capacidad funcional; estas deben ser breves, sencillas y fáciles de aplicar para alcanzar los objetivos de ser un instrumento de aplicación rápida y que pueda ser utilizado por personal de formación variada y cualquier unidad de Atención Primaria.

Los instrumentos para valorar la funcionalidad que más se utilizan en el mundo y que han sido parte de múltiples estudios son: Katz (1963), Lawton-Brody (1969), Barthel (1950), siendo este último el instrumento de medición de las actividades básicas de la vida diaria más usado y recomendado por la Sociedad Británica de Gerontología.

El índice de Barthel, también conocido como índice de Discapacidad de Maryland está definido como: "medida genérica que valora el nivel de independencia del paciente con respecto a la realización de algunas actividades de la vida diaria, mediante la cual se asignan diferentes puntuaciones y ponderaciones según la capacidad del sujeto examinado para llevar a cabo estas actividades" (20).

Esta escala consta de 10 preguntas en las que se incluye la valoración de las ABVD; identificando la independencia o dependencia del sujeto. La puntuación máxima de independencia es 100 y la de máxima dependencia es de 0, con intervalos de 5 puntos; un paciente que obtiene 100 puntos en el índice de Barthel es capaz de mantener el control de heces y orina, se alimenta por sí mismo, se viste y se levanta de la cama y/o silla, se baña por sí mismo, camina al menos una *cuadra* y puede ascender y descender por las escaleras. Esto no significa que pueda vivir solo; puede no ser capaz de cocinar, mantener limpia la casa, pero es capaz de sobrellevarla sin un asistente de salud.

La obtención de la información puede ser por observación, entrevista al paciente o cuidador principal, con duración de dos y cinco minutos y máximo 10. Para poder aplicarla consecutivamente, el intervalo mínimo de tiempo es de dos semanas (20).

Para evaluar las AIVD el principal instrumento es la escala del Centro Geriátrico de Filadelfia de Lawton. Consta de ocho parámetros y es útil para detectar los primeros gra-

dos de deterioro funcional de los ancianos que viven en sus domicilios e institucionalizados. 165

#### MODELOS PARA EL CUIDADO ENFERMERO

Carnevalí y Enloe (1988) engloban dentro de la funcionalidad dos aspectos: los requerimientos de la vida diaria y los recursos tanto internos como externos para cubrir dichos requerimientos, mismos que deberán de indagarse durante la valoración enfermera, la cual aportará datos objetivos y subjetivos importantes de la situación que presenta el paciente, como es la forma en que percibe su propio estado de salud, costumbres y preferencias en la vida diaria, actividades, acontecimientos y necesidades de la vida diaria que afectan al estado funcional de la persona o por el régimen de tratamiento, estado funcional per se y los recursos externos y situación ambiental para el desarrollo de la vida diaria (21).

A diferencia de Orem, Torrejón Lázaro (1994) enfoca el cuidado de enfermería basado en la satisfacción de las necesidades a través de las funciones administrativas, docentes, de investigación y de asistencia; y concuerda con Orem en lograr orientar el cuidado integral de la persona ayudando a promover, mantener y restablecer la salud (22).

Therese (1998) propone tres teorías de enfermería que contribuyen a proporcionar una base a la práctica de enfermería: teoría de la asistencia individualizada de Orem, teorías de la adaptación de Roy, teoría de los sistemas de asistencia sanitaria de Neuman; estas teorías demuestran cómo pueden llevarse a efecto los modelos destinados a la práctica de la enfermería, donde los ancianos sean los principales destinatarios de este tipo de asistencia (23).

Pérez Melero (2000) refiere que la atención de enfermería debe de estar centrada en el desarrollo de programas de educación para la salud, prevención de las complicaciones, así como el mantenimiento de la capacidad física y mental de los ancianos, todo esto desarrollado en los diferentes campos de actuación de la enfermera; desde la Atención Primaria, pasando por visitas domiciliarias, hospitalizadas y en residencias asistidas (24).

García López y cols. (2001) basan el cuidado de enfermería derivado de una valoración extensiva no solo a las situaciones de salud que esté viviendo el paciente, sino a las respuestas que se puedan estar presentando, pues según la ANA el campo de actuación de enfermería es la práctica del diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas (25).

Por otra parte Stanley considera que la enfermería geriátrica debe basarse en la actuación de estándares de enfermería clínica y de estándares de eficacia de enfermería profesional, tal como lo establece la ANA 2001, brindando una actuación independiente, siendo esta actuación independiente una colaboración disciplinar en el grupo interdisciplinario de cuidados en colaboración con el grupo interdisciplinario de cuidados con la vertiente de influir en los resultados de salud, mejorando o conservando el estado de salud del adulto mayor al maximizar el estado funcional de bienestar y calidad de vida basados en planes de cuidados a partir de la valoración integral adecuada culturalmente (26).





166 Guse (27) toma en cuenta para la evaluación funcional del anciano los aspectos referidos en la CIDDM-2, y sobre todo hace hincapié en las actividades que debe de proporcionar el personal de enfermería, pues tendrá que auxiliar, mantener y obtener el máximo rendimiento de la capacidad; además de ocuparse de las incapacidades y de las intervenciones oportunas de enfermería para poder compensar y prevenir nuevas incapacidades, situación similar a la vertida por Eliopoulos (2005), ya de acuerdo al modelo de enfermería geriátrica sustentado en la teoría de Orem D, del autocuidado, donde la enfermera debe fortalecer la capacidad de autocuidado, eliminar o minimizar la limitación del autocuidado y el de asistir parcialmente (28).

En el cuidado del adulto mayor debe considerarse la capacidad funcional que este presenta, misma que debe ser valorada, tomando en consideración múltiples elementos como son los cambios fisiológicos propios del envejecimiento y distinguirlo de las modificaciones que provocan los procesos mórbidos, implicando la pérdida de capacidad funcional para desempeñar las ABVD como lo menciona Rodríguez y Alfonso (2006).

Torres-Egea (2006) refiere que el profesional de enfermería debe adoptar un modelo teórico del cuidado a partir de la concepción de ser humano que tenga, y las

características de los usuarios que van a ser el blanco del cuidado. 167

## CONCLUSIONES (DISCUSIÓN)

Una vez revisada la bibliografía nos damos cuenta de la importancia de recalcar la funcionalidad, debido a la interrelación tan compleja de los elementos que la conforman: aspecto físico, psicológico, social y económico, y sin perder de vista que la funcionalidad está considerada dentro del concepto de salud y que desde entonces este ha cobrado mayor énfasis. Por consiguiente, se tiene que buscar una manera de evaluarla, por lo que derivamos al concepto de capacidad que es el objetivo de la valoración enfermera y de esta manera poder direccionar la actuación de enfermería desde el modelo de atención de preferencia, pues cualquiera que se elija siempre estará orientado a los objetivos de la geriatría y gerontología, que será la prevención y/o mantenimiento de la capacidad funcional y de no ser así brindar un apoyo parcial o proporcionar rehabilitación, siempre sin perder de vista que el paciente será sujeto de una atención integral multidisciplinaria y que enfermería forma parte de este gran grupo de atención al adulto mayor desde su condición muy particular del proceso de envejecimiento hasta las patologías agregadas que permitan cierta capacidad funcional.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Menéndez JJ. Evaluación geriátrica. En: Gutiérrez RL, Picardi MP, Aguilar NS, Ávila FJ, Menéndez JJ, Pérez-Lizaur AB. Gerontología y nutrición del adulto mayor. México: Mc Graw Hill, 2010, pp. 140-155.
2. Organización Mundial de la Salud. Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud. OMS, 2001.
3. Querejeta GM. Discapacidad /Dependencia. Unificación de criterios de valoración y clasificación. Noviembre 2003, p. 18.
4. Reuben DV. Principles of geriatric assessment. En: Hazzard WR, Blass JB, Halter JB, Ouslander JG, Tinetti ME. Principles of geriatric medicine & gerontology. 5a ed. USA: Mc Graw Hill, 2007, pp. 99-118.
5. Pérez del Molino J, Sanz-Aranguez Ávila MJ, Moya LM. Valoración geriátrica: conceptos generales. En: Guillén LF, Pérez del Molino MJ, Petidier TR. Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico. 2ª ed. Barcelona España: Elsevier Masson, 2008, pp. 207-224.
6. Kirk NM, Mayfield P. Valoración de la salud. En: Hogstel MO. Enfermería geriátrica, cuidado de personas ancianas. España: Editorial Paraninfo, 1998, pp. 179-208.
7. Pedrero NL, Pichardo FA. Concepto de funcionalidad, historia clínica geriátrica y evaluación funcional. En: González MJ, Pichardo FA, García L. Geriatría. Mc Graw Hill, 2009, pp. 32-54.
8. Lobo A, Santos MP, Carvalho J. Anciano institucionalizado: calidad de vida y funcionalidad. Rev Esp Geriatr Gerontol 2007; 42 (Supl. 1): 22-6.
9. Lazcano BG. Evaluación geriátrica multidimensional. En: Rodríguez GR, Lazcano BG. Práctica de la Geriatría. 2ª ed. México: Mc-Graw-Hill, 2007, pp. 83-104.
10. Medina B, Rodríguez GR, García Mena LA. Abatimiento funcional y falla para recuperarse en función de la funcionalidad. En: Rodríguez GR, Lazcano BG. Práctica de la Geriatría. 2ª ed. México: Mc-Graw-Hill, 2007, pp. 130-134.
11. Spirduso Mc Rae en: GJ, García NJ. Introducción a la problemática del envejecimiento. Psicomotricidad y ancianidad. Madrid: Ciencias de la educación preescolar y especial, 2004, pp. 19-27.
12. Sosa OA, García RN, González GM. Clinimetría física, mental y funcional del anciano. En: Trujillo Z, Becerra PM, Rivas. Latinoamérica envejece. Visión gerontológica y geriátrica. México: Mc-Graw Hill Interamericana, 2007, pp. 192-205.
13. Rodríguez RD, Alfonso L. El adulto mayor y sus capacidades funcionales. En: Amante EA, Vásquez AJ. Discapacidad: lo que todos debemos saber. Washington, D.C: OPS, 2006, pp. 185-192.
14. Reyes GJ, Aguilar NS. Evaluación geriátrica global. En: d'Hyver C; Gutiérrez RL. Geriatría. 2ª ed. México: El manual moderno, 2009, pp. 33-47.
15. Kasper. En: Morales GJ, García NJ. Introducción a la problemática del envejecimiento. Psicomotricidad y ancianidad. Madrid: Ciencias de la educación preescolar y especial, 2004, pp. 19-27.
16. Fernández-Ballesteros. Envejecimiento activo, contribuciones de la psicología. Madrid: Pirámide, 2009, pp. 117-146.
17. Rubenstein ZL, Rubenstein LV. Evaluación geriátrica multidimensional. En: Tallis RC, Fillit HM. Brocklehurst's Geriatría. Madrid: Marban, 2007, pp. 291-299.
18. Moruno MP. Definición y clasificación de las actividades de la vida diaria. En: Moruno MP, Romero AD. Actividades de la vida diaria. Barcelona: Masson Elsevier, 2006, pp. 3-22.
19. Nakatani AYK, Silva LB, Bachion MM, Nunes DP. Capacidade funcional em idosos na comunidades e propostas de intervenções pela equipe de saúde. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2009; 11(1): 144-50. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a18.htm>
20. Barrero SC, García AS, Ojeda MA. Índice de Barthel (IB): Un instrumento esencial para la evaluación funcional y la rehabilitación. Plasticidad y Restauración Neurológica 2005; 4 (1-2): 81-85.
21. Carnevali D, Enlone C. Valoración del anciano. En: Carnevali DL, Patrick M. Tratado de enfermería geriátrica. 2ª ed. México: Mc-Graw Hill Interamericana, 1988, pp. 31-62.
22. Torrejón LM. La enfermera geriátrica. En: Gil B. Enfermería Geriátrica: clínica y práctica. Madrid: Paradigma, 1994, pp. 28-49.
23. Therese BR. Visión general de la enfermería gerontológica. en: Hogstel MO. Enfermería Geriátrica. Cuidado de personas ancianas. Madrid: Paraninfo, 1998, pp. 3-40.
24. Pérez MA. La función de la enfermería en el cuidado de los ancianos. En: Pérez MA. Enfermería geriátrica. Madrid: Síntesis, 2000, pp. 79-82.
25. García LM; Rodríguez PC; Toronjo GA. Enfermería S 21. Enfermería de anciano. 2ª ed. Madrid: Difusión de avances de enfermería. 2004.
26. Stanley M, Blair KA, Gauntlett BP. Enfermería geriátrica. 3ª ed. México: Mc Graw Hill Educación, 2009, pp. 3-10.
27. Guse LW. Evaluación del adulto de edad avanzada. En: Mauk KL. Enfermería geriátrica, competencias asistenciales. Madrid: Mc-Graw Hill Interamericana, 2008, pp. 209-230.
28. Eliopoulos C. Enfermagem Gerontologica. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2005, pp. 97-108.