

CONDICIÓN MOTRIZ Y CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES

Brenda Borrelli¹

Facultad de Actividad Física y Deporte

brevy@hotmail.com

Material original autorizado para su primera publicación en la revista académica
Calidad de Vida UFLO

Resumen

Indagar, reflexionar y posteriormente intervenir con propuestas de actividad física específicamente construidas para adultos mayores, que atiendan a las necesidades propias de esa etapa de la vida, permite orientar las prácticas en un campo de acción relativamente nuevo para los profesores de educación física. El envejecimiento poblacional demanda intervenciones especializadas y para ello es necesario construir en base a las necesidades bio-psico-sociales, lineamientos que direccionen las intervenciones hacia una mejor calidad de vida.

Se realizó un estudio de caso, en un centro de jubilados de la ciudad de Neuquén, con el fin de valorar su condición motriz. Se implementó una entrevista estructurada, tests y evaluaciones a una muestra de 25 mujeres de entre 60 y 87 años.

El objetivo fue valorar su condición motriz en relación con las actividades de la vida diaria, para detectar alteraciones en la capacidad funcional. Toda la muestra realiza las AVD de manera autónoma, pero un 4% de la misma presenta alteraciones en su condición motriz que ponen en riesgo su independencia.

¹ Profesora Universitaria de Educación Física. Universidad de Flores (2005) Licenciada en Actividad Física y Deporte. UFLO (2009). Becaria en investigación UFLO "La condición física en relación con las actividades de la vida diaria (AVD) en adultos mayores de 60 años. Estudio de caso." 2010-2011. Actividad laboral actual: Centro de la Tercera Edad "La Amistad" clases de actividad física. Neuquén. Universidad de Flores - Profesorado Universitario de Educación Física. Jefe de trabajos prácticos cátedra Pasantía y Residencia I, 2009 en adelante. Instituto

Palabras clave: adultos mayores, actividad física, condición motriz, actividades de la vida diaria, calidad de vida, envejecimiento

Abstract

MOTOR CONDITION AND QUALITY OF LIFE IN ELDERS

Research, analyze and then intervene with proposals of physical activity specifically built for elders, that consider the needs of this life stage, allows to target the exercises to a relatively new field for Physical Education teachers. The aging of population demands specific interventions, so it becomes necessary to build according to the bio-psycho-social needs in order to work for an improvement of the Quality of life.

A case of study has been found in a centre for retired in Nequen. With the aim to value their motor condition, it has been used a structured interview, tests and evaluations for a sample of 25 women between 60 and 87 years old.

The objective was to measure their motor condition with the everyday life activities, to detect alterations in the functional capacity. All the sample makes the AVD in autonomous way, but a 4 per cent present alterations in their motor condition that risk their independence.

Keywords: elders, physical activity, motor condition, everyday life activities, Quality of live, aging

En vista al paulatino envejecimiento poblacional mundial que vienen alertando organismos internacionales como la OMS² y PAHO³, desde hace cerca de 30 años, se indaga sobre las repercusiones de este fenómeno tanto a nivel físico, como psicológico, social y económico; tanto desde la perspectiva del que envejece como de quienes lo rodean (familia, profesionales de la salud, etc.).

Los ancianos se han convertido, en las últimas décadas, en un grupo etéreo de alto crecimiento demográfico. Se ha estimado que, hacia el año 2050, el 15% de la población de América latina será anciana (actualmente, esta cifra es del 8%) Jauregui y Kaplan⁴ (2007, p.9).

Envejecimiento suele definirse como un proceso biológico caracterizado por una relación inversamente proporcional entre la funcionalidad y la vulnerabilidad que se desarrollan progresivamente.

Jauregui y Kaplan (2007, p.11) expresan que "El envejecimiento normal produce cambios corporales generales y modificaciones específicas en distintos órganos y sistemas. Todos estos cambios conducen a un deterioro en la capacidad de adaptación de individuo que se pone francamente de manifiesto ante las situaciones de estrés."

Frente al envejecimiento, desde la medicina hay dos posturas; la de prolongar los años de vida por un lado, y la que apunta a la calidad de vida por el otro.

Siguiendo esta última, desde el área de incumbencia de la actividad física, se indaga sobre las alteraciones funcionales que suelen afectar a los adultos mayores, y entre ellas, encontramos a los gigantes de la geriatría, definidos por Isaac Bernard (1975) como: inmovilidad, incontinencia, iatrogenia, inestabilidad postural y deterioro intelectual; por afectar a un gran número de personas.

Desde la Educación Física, como campo disciplinar, podemos intervenir con propuestas de ejercicios que estimulen tanto la fuerza como la flexibilidad muscular. También el equilibrio y el resto de capacidades coordinativas para hacerle frente a la inestabilidad postural; secuencias de movimiento (acoples) para estimular la memoria; fortalecimiento de la musculatura del piso pélvico para combatir la incontinencia y hábitos de vida saludables para reducir el sedentarismo.

² Organización Mundial de la Salud

³ Organización Panamericana

⁴ En Salud del Anciano. PROFAM, Hospital Italiano, Buenos Aires.

Todas las propuestas, acompañan y complementan las prescripciones médicas, con el fin de contribuir en la calidad de vida de los adultos mayores.

Pero así como desde el campo de la medicina abundan las investigaciones sobre problemáticas que afectan a adultos mayores; en el campo de la actividad física encontramos más experiencias personales de trabajo con esta población que estudios o registros de rigor científico. Esta situación, atenta contra la construcción de un cuerpo de conocimientos. Por esta razón es que se llevó adelante un estudio de caso, que permite trabajar con una muestra pequeña y probar los instrumentos de evaluación, para más adelante ampliar ambos.

Paradójicamente, los médicos prescriben a sus pacientes envejecientes, la práctica de actividad física (acorde a la edad y posibilidades) y el profesional responsable de dosificar los ejercicios desconoce qué estimular para aportarle beneficios a esa persona.

Para definir el estado de aptitud física de los adultos mayores se utiliza el concepto de condición motriz, porque engloba a todos los componentes o cualidades que permiten la realización de un trabajo diario con vigor y eficacia. Considerando tanto las capacidades físicas (fuerza, resistencia, velocidad y flexibilidad) como las coordinativas (equilibrio, ritmo, acomplamiento, diferenciación, orientación y reacción).

Los adultos mayores, a diferencia de los niños que van adquiriendo paulatinamente complejidad en sus movimientos, ya tienen un bagaje motriz construido; por lo tanto es necesario reconocer esta condición, y utilizar categorías de análisis que lo aborden en toda su complejidad, a pesar de que condición motriz sea una categoría que algunos autores tienden a relacionar con rendimiento deportivo.

La *condición motriz*, es entendida por Clarke (1967) citado por Blázquez (1990, p. 148), como un término que se diferencia de la expresión "condición física" en que esta última se refiere a ejercicios enérgicos y elaborados, mientras que en la condición motriz las variables a valorar tienen añadidos otros factores tales como agilidad, flexibilidad y velocidad.

Es fundamental valorar todas las manifestaciones de movimiento del adulto mayor, a fin de determinar donde focalizar los estímulos de actividad física y también estimar su grado de autonomía, independencia y calidad de vida.

Las actividades de la vida diaria (AVD) son parámetros para estimar el nivel de autonomía e independencia de un individuo. Podríamos definir las como "todas aquellas tareas que el ser humano realiza de una forma cotidiana, y cuya no realización supone mayor o menor grado de discapacidad (pérdida de función)", lo que le lleva a dependencia de terceras personas. De ahí la importancia asistencial/ económica y social/ familiar que conllevan las AVD.

Las actividades que realizamos todos los seres humanos se separan en tres grupos:

- AVD Básicas (AVDB): Son las referentes al autocuidado y movilidad.
- AVD Instrumentales (AVDI): Son las que realizamos para interaccionar con nuestro entorno más inmediato.

- AVD Avanzadas (AVDA): Son, en términos generales, aquellas relacionadas con el trabajo y el tiempo libre.

Todas estas actividades (sobre todo las básicas e instrumentales), se tienen que realizar un gran número de veces a lo largo del día. Si tuviésemos que concentrarnos en ellas cada vez que las realizamos nos supondría un gran esfuerzo. De ahí que el ser humano las convierta en lo que llamamos rutinas.

Estas "actividades automatizadas" engloban a casi todas las AVDB y AVDI. Para realizarlas activamos coordinadamente un gran número de capacidades/ habilidades de diferentes sistemas (sentidos, nervioso, musculoesquelético, cardiovascular, respiratorio...). La alteración de cualquiera de estos sistemas conlleva un "fallo" en la realización de las AVD.

A su vez, "la Organización Mundial de la Salud (OMS), a través de su Clasificación Mundial del Funcionamiento (CIF), ha proporcionado un marco conceptual actualizado y un sistema de clasificación para guiar el desarrollo de instrumentos de resultado. La CIF contiene una exhaustiva taxonomía del funcionamiento humano en base a tres componentes clave: las funciones y estructuras corporales, las actividades y la participación" (Medina – Mirapeix y otros, 2009)⁵.

Estas nuevas categorías van a posibilitar realizar un abordaje mucho más complejo y holístico de la realidad de los adultos mayores, posibilitando posteriores intervenciones de los profesionales de la salud más concretas y precisas.

⁵ En Revista Trauma. Buenos Aires, Fundación Mapfre.

Las investigaciones sobre calidad de vida en el anciano han estado orientadas frecuentemente a la evaluación de la funcionalidad, entendida como la capacidad que tiene la persona de desarrollar actividades cotidianas, atenderse a sí mismo y desarrollarse en el medio familiar y comunitario (Pérez y García, 2002) en García – Viniegras (2008, p. 63).

Definir calidad de vida no es tarea sencilla, ya que se han desarrollado múltiples interpretaciones. Fundamentalmente hay dos grandes tendencias para valorarla; por un lado la objetiva, que utiliza indicadores de la calidad de vida; y por el otro la subjetiva que refiere a la propia percepción y valoración de las condiciones de vida que hace el sujeto de su propia realidad.

Según Rodríguez Marín (1993) en García Viniegras (2008, p. 36), calidad de vida es una evaluación global de la experiencia subjetiva de su vida que hace la persona sobre la base de diferentes áreas de la misma, fundamentalmente de su estado físico, funcional, psicológico y social.

La relación entre calidad de vida y la salud de envejecientes, León y Alfonso (2003) en García – Viniegras (2008, p. 41), mencionan que las personas de edad padecen proporcionalmente más enfermedades crónicas. La utilización de los servicios de salud es mayor en este grupo poblacional. Otra característica importante de la relación salud – envejecimiento es la discapacidad y el concepto de función. Resulta evidente que la discapacidad aumenta con la edad, y con ello, disminuye la autonomía del anciano, aumentando su dependencia de la familia. Pero a su vez, es cierto que “la calidad de vida del anciano está determinada más por la funcionalidad y la capacidad de permanecer independiente, que por la gravedad de una enfermedad determinada”, “La mayoría de los ancianos acepta su proceso de envejecer siempre que sea con autonomía y control de las situaciones”. (Fernández Garrido, 2004, en García – Viniegras, 2008, p. 66).

Uno de los primeros mitos que hay que derribar es, que los cambios que se producen en la vejez no se deben exclusivamente al proceso biológico normal e irreversible del envejecimiento, sino que, a la combinación de varios otros factores interrelacionados. Tales como la pérdida prematura de aptitudes funcionales por desuso, las enfermedades agudas y crónicas, la marginación social, la malnutrición, la pobreza y otros. Según la OMS (1985), los factores ambientales físicos,

psicológicos, sociales y culturales, son determinantes de la capacidad funcional, del goce de un buen estado de salud o, viceversa, de discapacidad y de enfermedad.

El estado funcional se define como la capacidad de una persona para llevar a cabo funciones de las esferas, física, mental, social y afectiva. (Pérez y García 2002 en García – Viniegras (2008, p. 65).

Una de las formas clásicas para determinar la pérdida de funcionalidad en un adulto mayor es la evaluación de cada una de las actividades básicas e instrumentales de su vida diaria. Las actividades básicas se refieren a la realización de las siguientes funciones: alimentación, continencia urinaria e intestinal, movilidad, uso del baño, vestuario e higiene; en tanto que, las actividades instrumentales contemplan el uso del teléfono, la realización de compras, preparación de comidas, cuidado de la casa, lavado de ropa, uso de medios de transporte, administración de su medicación y capacidad para manejar asuntos económicos.

La pérdida de funcionalidad motora y cognitiva en un adulto mayor se refiere precisamente a la incapacidad, total o parcial, de realizar las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria respectivamente.

Cuando los adultos mayores, producto del envejecimiento y de patologías, comienzan a perder una o ambas funcionalidades, los gastos en salud y en aparatos y elementos que facilitan la realización de estas actividades básicas e instrumentales, comienzan a incrementarse.

La pérdida de funcionalidad motora obliga a las personas a utilizar bastones, andadores, sillas de ruedas y otros implementos; la pérdida de funcionalidad cognitiva las lleva a ser dependientes de otras personas para así lograr comunicarse con el entorno. Del mismo modo, la pérdida de funcionalidad, en general, hace aumentar las probabilidades que la persona tenga accidentes domésticos graves y patologías complejas.

En la medida que la pérdida de funcionalidad motora y/o cognitiva se agudiza, tales personas requieren progresivamente más de cuidados prestados por otras personas. En este contexto, es necesario recurrir a cuidadores o a parientes.

En la medición de la independencia funcional motora del adulto mayor se consideró acciones de: *autocuidado*, con la que se determinó si el adulto mayor por sí mismo

es capaz de alimentarse, realizar su aseo personal, ir al baño, ponerse el vestuario superior e inferior y realizar su aseo perineal; *control de esfínter*, que procuró establecer si el adulto mayor controla su vejiga y los intestinos; *movilidad*, que intentó determinar si el adulto mayor es capaz de subir y bajarse de la cama, de sentarse en una silla y en la taza del toilet, entrar y salir por sí mismo de la tina del baño o ducha; *deambulaci3n*, que busc3 determinar si el adulto mayor es capaz de subir escaleras y caminar sin problemas o si usa silla de rueda, bast3n, andador u otros.

La repercusi3n funcional se clasifica en: deficiencia, incapacidad y discapacidad.

La discapacidad es la incapacidad para realizar al menos una de las actividades de la vida diaria. Ambas categorías tienen en com3n que su prevalencia aumenta en las edades avanzadas y que confieren un riesgo de dependencia y muerte, pero se diferencian en 3 aspectos:

1. La discapacidad puede presentarse a partir de la disfunci3n de uno o varios sistemas fisiol3gicos, mientras la fragilidad siempre se presenta por la disfunci3n de m3ltiples sistemas.
2. La discapacidad puede mantenerse estable durante a3os, mientras la fragilidad siempre progresa en el tiempo.
3. La fragilidad puede presentarse en un n3mero significativo de adultos mayores que no est3n discapacitados.

La fragilidad puede causar discapacidad, independientemente de la existencia o no de enfermedades.

Como una primera aproximaci3n exploratoria a la complejidad que reviste el abordaje de la condici3n motriz de los adultos mayores, se realiz3 un estudio de caso, en un centro de jubilados de la ciudad de Neuqu3n, a fin de indagar sobre aspectos de su vida diaria. La muestra fue de 25 mujeres de 75 a3os promedio de edad, que concurren con regularidad a las clases de educaci3n f3sica.

El objetivo fue diagnosticar algunos aspectos de la condici3n motriz (flexibilidad y equilibrio principalmente), relacionados con las actividades de la vida diaria (AVD).

La investigaci3n se estructur3 en tres momentos; primeramente se implement3 una entrevista, a fin de caracterizar a la muestra, conociendo conocer el estado de salud, los h3bitos y el entorno afectivo de cada participante. Posteriormente, se

aplicaron tests para evaluar las AVD y por último se realizaron mediciones y pruebas físicas relacionadas con la flexibilidad y movilidad articular principalmente.

El rango de edades de las participantes abarcó desde 60 a 87 años. La mayor población está comprendida entre los 71 y 75 años (36%), siguiendo la franja entre 60 y 65 (28%), luego 66 a 70 (20%) y en menor proporción las comprendidas entre 76 y 90 años.

La mayoría de ellas (68%), vive en un radio menor a 15 cuadras de distancia del club, mientras que el 32% restante, proviene de barrios más alejados, en algunos casos hasta 4km. de distancia.

En cuanto a su entorno socio-afectivo, un 52% de ellas son viudas y no rehicieron pareja; mientras que el 48% restante está casado o en pareja. Pero solo un 44% viven solas, otro 44% viven con su marido o nueva pareja y un 12% lo hace con familiares.

En relación a su estado físico general, ninguna de ellas ha sufrido una caída en los últimos 12 meses, dato de relevancia a la hora de predecir su nivel de fragilidad.

En lo que respecta a su salud, entre las enfermedades que más las aquejan encontramos un 64% medicadas por hipertensión; 40% medicadas por problemas en la glándula tiroides; 36% por hipercolesterolemia; 20% con artrosis; y en menor medida medicación por diabetes (12%), analgésicos (12%), calcio (4%), vitaminas (4%) y mareos (4%). En cuanto a la medicación que consumen un 12% está polimedica para 4 dolencias; un 24% para 3; 28% para 2 enfermedades, 28% para solo una y un 8% no consume ningún tipo de medicación.

Además, el 84% manifestó no tener prolapso de órganos urogenitales, mientras que un 4% fue operada y un 12% lo padece.

Así mismo, un 28% presenta un grado de incontinencia de orina, entre incipiente y moderado; mientras que el 72% restante no sufre de este problema.

Al indagar sobre su adhesión a la actividad física, además de los 2 estímulos semanales de gimnasia, a los que concurren en el club; un 56% manifestó no realizar otro tipo de actividad; mientras que el 44% restante practica yoga, folclore, gimnasia, natación o aquagym.

A su vez, hay un 20% que diariamente camina menos de 10 cuadras; un 28% camina entre 10 y 20; 28% entre 20 y 30; 8% entre 30 y 40 y un 16% manifestó caminar 40 cuadras o más. Entre las causas por las que caminan poco están la inestabilidad de la marcha, el dolor o el conducir un automóvil.

Al momento de valorar las AVD, se aplicaron 3 test para diagnosticar el grado de independencia del grupo de estudio.

En relación a la escala de Katz, el 100% de la muestra dio como resultado la categoría A, que representa la asignación más alta de la escala; mide las actividades básicas, es decir, el nivel más bajo de funcionamiento indispensable para vivir de forma independiente. Por lo tanto, la totalidad de la muestra se vale de sus propios medios, sin necesidad de ayuda de otros, para llevar adelante tareas como alimentarse, asearse, controlar esfínteres o desplazarse.

Mientras que al aplicar la escala de Barthel, el 88% de las encuestadas lograron la puntuación más alta que las califica como independientes; mientras que el 22% restante obtuvo un puntaje de 95, que muestran una ligera pérdida funcional, pero que momentáneamente no afecta su independencia.

En cuanto a la escala de Lawton y Brody, al evaluar las actividades instrumentales de la vida diaria, el 88% logró el máximo puntaje (8) reflejando una independencia total, un 8% obtuvieron 7, presentando dificultad o imposibilidad en alguna tarea y 4% obtuvo 6, sugiriendo la imposibilidad de llevar adelante algunas actividades instrumentales.

Al indagar sobre su locomoción, se utilizaron las escalas de Tinetti, para valorar la marcha y el equilibrio, aplicando la versión original y otra modificada.

En la versión clásica, el 100% obtuvo la máxima valoración en la marcha (12 puntos), en cambio evaluar el equilibrio, un 4% obtuvo 13 puntos, evidenciando dificultades en esta capacidad, 4% 15 puntos y un 92% 16 puntos, que refleja el dominio del equilibrio.

Mientras que al aplicar la versión modificada, encontramos que se mantiene la proporción con la escala anterior, la totalidad de la muestra logra la máxima puntuación al evaluar la marcha y se aprecian las individualidades al momento de

valorar el equilibrio; donde solo un 64% consigue el máximo puntaje. El 36% restante exhibe la paulatina pérdida del mismo.

En lo que respecta a las mediciones realizadas, el cálculo del índice de masa corporal, determinó que la mayoría (68%) tienen un ligero sobrepeso, con un IMC de entre 26 y 30. Le siguen el 20% que presentó un IMC de entre 20 y 25, para un peso acorde a su altura; un 8% se ubicó en obesidad con 31-35 de IMC y en menor proporción, un 4% se encuentra por debajo del peso, con un IMC menor a 20.

Las mediciones del rango de movilidad articular, se realizaron sobre una muestra menor a la inicial (n: 14). Para evaluar el nivel de movilidad en la articulación escápulo humeral, se realizaron 2 pruebas: la primera consistía en la extensión de los brazos por detrás de plano frontal del cuerpo, y la segunda era combinar la rotación interna de un hombro con la rotación externa del otro, codos en flexión, para aproximar las manos por detrás del cuerpo y luego viceversa, invirtiendo la posición de los brazos; estas mediciones posteriormente se promediarían.

En la extensión de hombro, el 50% logró efectuar entre 26 y 40 cm de distancia (medidos de glúteo a mano), un 37.5% tuvo una distancia menor a 25cm y el 14.2% restante superó los 40cm.

Mientras que en las rotaciones, un 42.8% lograron ubicar sus manos a menos de 5 cm una de la otra; un 35.7% lo hizo con entre 5 y 15cm de distancia y un 21.4% tuvo más de 15cm entre dedo mayor de la mano derecha y dedo mayor de la mano izquierda.

Con respecto a flexibilidad de cuádriceps, se evaluó la flexión de rodilla estando de pie, una vez cada una y luego se promediaron las mediciones.

El 57% logra acercar su talón a menos de 10cm de su glúteo; 14% no logra flexionar la rodilla más de 90 grados y el 29% restante, se ubica entre las 2 anteriores.

En tanto que a la hora de evaluar la aducción de cadera, sentadas con rodillas extendidas, un 57% logra un ángulo de entre 90° y 150° grados. El resto, se ubica en ambos extremos, en igual medida: 21.4% consigue menos de 90° y 21.4% supera los 150°.

Por último, se realizaron 2 mediciones de flexión coxofemoral, una con posición inicial de pie y otra sentadas, tolerando un cierto componente de flexión de columna; como compensación necesaria debido al acortamiento en la musculatura isquiotibial. Ambas pruebas arrojaron resultados similares, por lo que se promediaron. De esta manera, el 57% logró posicionar sus dedos a menos de 5cm de sus pies o tocarlos. El 29% los ubicó a más de 5 cm de ellos y el 14% restante, lo superó con sus falanges o palmas.

A modo de consideraciones finales, podemos mencionar que la muestra es totalmente independiente, lo cual implica su completa autonomía frente a las AVD, a pesar de que empieza a vislumbrarse, a través de un bajo porcentaje, la pérdida de capacidad funcional.

Hay que destacar que la edad promedio de la muestra es de 75 años, con un estado de salud conservado y medicación acorde a las enfermedades que suele padecer la población añosa.

Es probable que exista una estrecha relación entre la contención afectiva, cuidado y atención familiar que posee esta población, con su condición motriz.

Asimismo, la condición socioeconómica es probable que sea un factor de relevancia a la hora de llevar adelante actividades de autocuidado, acceso al conocimiento y la conciencia de la importancia de la práctica de actividad física sistemática.

A su vez, los resultados de las evaluaciones musculares y articulares, dan cuenta de la adhesión a la práctica de actividad física; y ésta última, probablemente repercuta directamente sobre los resultados de las AVD, dando como producto final, adultos mayores independientes.

Hay limitaciones en el diseño de este estudio, la principal es la baja confiabilidad en algunas de las mediciones de movilidad articular y flexibilidad, por no estar estandarizadas. Sería necesario en futuros estudios considerar este aspecto. Y en segundo lugar, sería deseable replicar este estudio en otros centros que nucleen actividades para adultos mayores, con el fin de validar las conclusiones.

En suma, el aumento de la expectativa de vida refleja el incremento poblacional envejeciente, con características y necesidades particulares, que conllevan la

necesidad de profundizar el conocimiento en la temática para poder dar respuesta a sus necesidades concretas.

Valorar la condición motriz de la población adulta mayor, nos permitiría realizar intervenciones direccionadas a ralentizar los efectos del envejecimiento, intentando prevenir caídas, discapacidad, hospitalización, institucionalización y muerte.

Estudiar el desarrollo evolutivo por el que transitan probablemente sea la clave para orientar las intervenciones hacia una calidad de vida lo más satisfactoria posible.

Bibliografía

- Blázquez Sánchez, D. (2008). Evaluar en Educación Física. Barcelona: Inde publicaciones.
- Litwin, J. y Fernández, G. (1995). Evaluación en Educación Física y Deportes. Buenos Aires: Ed. Stadium.
- www.hipocampo.org : escalas y test de valoración para las Actividades de la Vida Diaria.
- Organización Panamericana de la Salud. Evaluación funcional del Adulto Mayor.
- Fundación Mapfre (2010) Guía de prevención: riesgos domésticos entre personas mayores. Profesionales. Buenos Aires, editorial Fundación Mapfre.
- Desarrollo de un instrumento basado en el auto-informe del paciente para medir la discapacidad en las Actividades de Movilidad (DIAM). Medina – Mirapeix F, Navarro Pujalte E, Jimeno – Serrano FJ, et al. Revista Trauma. Fundación MAPFRE, Vol 20, nº 3 julio/septiembre 2009.
- Lüscher, S. (2009) Proafi: vademécum de actividad física. Rosario, Santa Fé, Argentina.
- García-Viniegras, C.R.V. (2008) Calidad de vida. Bs. As. Paidós.
- Salud del anciano/ Esteban Rubinstein, Miguel Zárate, Paula Carrete, Matías Deprati, editores. 3ª ed. – Buenos Aires: Fundación MF "Para el Desarrollo de la Medicina Familiar y la Atención primaria de la Salud", Hospital Italiano, 2007.

Para citar este artículo

Borrelli, Brenda (13-10-2011). CONDICIÓN MOTRIZ Y CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES. Calidad de Vida UFLO - Universidad de Flores Año III, Número 6, V1, pp. 1850-6216
URL del Documento : cienciaried.com.ar/ra/doc.php?n=1534
URL de la Revista : cienciaried.com.ar/ra/revista.php?wid=41