

Funcionalidad y autopercepción de la salud en adultos mayores con fracturas

Functionality and health self-perception in older adults with bone fractures

*María Elena Flores Villavicencio, Martha Araceli González Leal,
Ivis Jennifer Meza Flores, María Guadalupe Vega López,
Guillermo Julián González Pérez y Martha Cruz Ávila¹*

RESUMEN

Las caídas representan un problema de salud pública por ser uno de los accidentes más frecuentes en los adultos mayores, por tratarse de un indicador de fragilidad y por ser causantes de fracturas, cuyas complicaciones provocan alteración de la capacidad funcional, reflejada en la pérdida de la independencia y del estado de salud. El objetivo de este trabajo consistió en identificar la relación que hay entre la funcionalidad y la autopercepción de la salud y sus diferencias por edad y sexo. Se evaluaron 285 adultos mayores que sufrieron fracturas, pacientes del Servicio de Traumatología del Hospital Civil de Guadalajara "Fray Antonio Alcalde", a quienes se aplicó la Escala de Barthel y el Cuestionario de Salud SF-36. Los resultados muestran que las fracturas más frecuentes en el adulto mayor son las de cadera y vértebra, las que implican altos niveles de dependencia total y grave, con mayor incidencia en las mujeres que en los hombres. En este estudio se reconoce que la autopercepción de la salud es un importante indicador predictivo del funcionamiento integral del adulto mayor.

Palabras clave: Caídas; Funcionalidad; Autopercepción de la salud; Adulto mayor.

ABSTRACT

Falling, being one of the most frequent accidents in older adults represents a public health problem. They are an indicator of frailty and cause of fractures whose complications deteriorate their functional capacity which, in turn, leads to loss of independence and health. The objective of the present study was to identify the relationship between functionality and the self-perception of health, as well as their differences by age and sex. A total of 285 older adults who suffered bone fractures due to falling were assessed, they were all patients of the Traumatology Service in the main Civilian Hospital "Fray Antonio Alcalde" in Guadalajara, Mexico. Participants responded to the Barthel Scale and SF-36 Health Survey. Results show that the more frequent fractures in the elderly occur in hip and backbone, implying high levels of total and serious dependence, with higher incidence in women than in men. This study points to the self-perception of health as an important predictive indicator of elderly persons integral functioning.

Key words: Falls; Functionality; health perception; Older adults.

¹ Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara, Col. Independencia Oriente, 44340 Guadalajara, Jal., México, correos electrónicos: marlencilla27@hotmail.com, magvega@gmail.com, ggonzal@cencar.udg.mx, aracelileal@hotmail.com y mca_isidm@yahoo.com.mx. Artículo recibido el 18 de junio y aceptado el 17 de septiembre de 2014.

INTRODUCCIÓN

La esperanza de vida se ha incrementado en el país durante las últimas décadas, por lo que cada vez más personas rebasan los 60 años de edad, hecho que ha generado una amplia gama de desafíos económicos y sociales que van desde atender las crecientes demandas sanitarias de esta población, hasta garantizar condiciones de vida digna para la misma (Formiga y Prieto, 2011; González, Vega, Cabrera, Arias y Muñoz, 2011).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (1989) definió la mencionada edad como la transición entre el adulto y la llamada “tercera edad”; desde entonces, con este nombre se hace referencia a un grupo poblacional vulnerable a diferentes tipos de padecimientos, en especial los de carácter crónico, los que aumentan la incidencia de accidentes (González et al., 2011). La mayoría de los estudios realizados posteriormente consideran los 65 años como el comienzo de la etapa mencionada. Por tanto, la edad es un factor determinante que provoca caídas, aunque no el único.

Los accidentes son la quinta causa de muerte de los adultos mayores en México; de estos, 70% son consecuencia de caídas, de los cuales 15% provoca daños graves que requieren hospitalización; en 10% de tales caídas aparecen complicaciones que conducen a la muerte. Por ello, las caídas se sitúan entre las patologías más frecuentes del adulto mayor y se consideran el prototipo más característico de los denominados “síndromes geriátricos” (Gac, Marín, Castro, Hoyle y Valenzuela, 2003; Ruelas y Salgado, 2008; Secretaría de Salud, 2008).

Debido a su origen multifactorial, las caídas se definen como “una precipitación al suelo de manera repentina, involuntaria e insospechada, con o sin lesión secundaria, confirmada por el paciente o un testigo, y se diagnostica cuando se presentan dos o más en un año, o cuando se producen con alguna complicación ocasionada por la caída” (Galván, Moreno y González, 2010, p. 18) (cf. Czerwiński, Białoszewski, Borowy, Kumorek y Białoszewski, 2008).

Las fracturas constituyen una de las complicaciones más temibles de las caídas y se definen como lesiones que se caracterizan por la “pérdida de la solución de continuidad de un hueso” (D’Hyver y Gutiérrez, 2006, p. 481). En orden de impor-

tancia, la incidencia de fracturas en el adulto mayor son las de muñeca, cadera, vértebra, fémur, húmero, arcos costales y cráneo. Se ha comprobado que 10% de los adultos mayores que han caído sufren algún tipo de fractura, siendo la de cadera la de mayor frecuencia (5% más en mujeres que en hombres), y una incidencia que aumenta exponencialmente con la edad en ambos sexos, lo que trae consigo un aumento de las complicaciones funcionales hasta en 50%, las que se asocian al síndrome de inmovilización, que implica la dependencia parcial o total de la persona, con lo que disminuye considerablemente su estado de salud y, por ende, su calidad de vida, e incluso puede asociarse con muerte prematura; por ello, las fracturas son la principal causa de muerte intrahospitalaria en dicho grupo de edad (Avellana y Ferrández, 2007; Infante, Rojano, Ayala y Aguilar, 2013).

Es importante identificar las causas que provocan las caídas por la repercusión que estas tienen en la salud del adulto mayor. En un estudio realizado por Ruelas y Salgado (2008) se evidenció que la mayor parte de las caídas eran provocadas por tropezar con objetos mal ubicados, resbalones, caídas desde la propia altura de la persona o desde una altura mayor o un desnivel, resaltando que más de la mitad de esas caídas eran consecuencia de tropezones, datos que se han confirmado en los estudios realizados en la línea de investigación abordada por los presentes autores.

La OMS mide el estado de salud en los adultos mayores no solamente en términos de déficit sino de mantenimiento de la capacidad funcional, esto es, la capacidad de una persona para llevar a cabo las actividades necesarias para lograr el bienestar a través de la interrelación de sus campos biológico, psicológico y social; así, habla de adultos mayores funcionalmente sanos o capaces de valerse por sí mismos, y de adultos funcionalmente alterados o con dificultades para las actividades de la vida diaria (cf. Sanhueza, Castro y Merino, 2012).

Para considerar la funcionalidad, se tomó como base el concepto de la OMS (2001), que la define como “el mejor indicador de los efectos de la enfermedad en el estilo de vida y nivel de independencia de la persona”. Por el contrario, las enfermedades en el adulto mayor son afecciones que tienen la posibilidad de provocar niveles de depen-

dencia ocasionada por un déficit de funcionalidad, la cual se refiere a la “posibilidad que tiene para desplazarse por sus propios medios y realizar actividades de la vida cotidiana sin perder su estado de plena autonomía”, siendo tal déficit más notorio en adultos mayores de 65 años, sin distinción de sexo, que se vuelve más severo en las personas mayores de 80 años (cf. Sánchez, 2000, p. 21-22).

A su vez, el concepto de funcionalidad propuesto por Formiga y Prieto (2011) sintetiza las características de la capacidad funcional, la que definen como “la capacidad para desempeñar las actividades cotidianas necesarias para mantener una existencia independiente a pesar de padecer una o varias enfermedades” (p. 7). La alteración funcional, a la inversa, es considerada en varios estudios (Giraldo y Franco, 2008; Tejeda, Céspedes, Baster y Esthefano, 2005; Varela, Chávez, Gálvez y Méndez, 2005) como un “marcador” del efecto de una enfermedad sistémica que también resulta útil como indicador de la severidad de una enfermedad debido a que mide la capacidad de independencia, la cual usualmente se pierde con facilidad ante las enfermedades agudas y la hospitalización prolongada del adulto mayor.

Algunas de las implicaciones individuales que tiene la dependencia funcional ocurren en la autoestima y el bienestar autopercebido de la salud. Se ha reportado en la literatura que en México se aprecian niveles más altos de prevalencia de dicha dependencia funcional en las mujeres (19.1%) que en los hombres (14.8%), la que tiene efectos devastadores en sus actividades cotidianas y repercute directamente en su calidad de vida (Manrique, Salinas, Moreno y Téllez, 2011).

Es por ello que la autopercepción de la salud es una medida subjetiva que describe la interpretación que hace la persona de sus síntomas físicos; tal valoración es diferente en los hombres y en las mujeres según el momento que viven y su contexto social, lo que provoca que no siempre sea relevante para algunos investigadores al determinar el estado de salud, aunque bien puede ser un indicador confiable para conocer las necesidades asociadas al estado de la salud o un predictor de mortalidad, principalmente entre la población de adultos mayores (Ham y Gutiérrez, 2000; Manrique et al., 2011; Rico, 2008; Sanhueza, Castro y Merino, 2005).

Con base en lo anterior, se retomó el concepto de Fernández, Faraldo, Rey y Beceiro (2003) para definir la autopercepción de la salud como “la valoración global de la salud que el adulto mayor realiza de manera subjetiva acerca de su propio estado físico” (p. 311).

El presente estudio tuvo como objetivo identificar la asociación existente entre las dimensiones de funcionalidad, la autopercepción de la salud y la fractura de vértebra-cadera por sexo y edad, así como identificar la asociación del proceso de la enfermedad que sufre el adulto mayor como consecuencia de la fractura y la valoración que hace de su estado de salud.

MÉTODO

Participantes

Se escogió a los participantes mediante un muestreo no probabilístico consecutivo. Se entrevistó a un total de 375 adultos mayores que sufrieron fracturas como consecuencias de caídas y que ingresaron al Servicio de Traumatología del Hospital Civil de Guadalajara (México) “Fray Antonio Alcalde”, durante un periodo de un año. De los 375 participantes seleccionados al principio del estudio, se eliminaron 25 por no completar la totalidad de la evaluación, 46 por sufrir traumatismo craneoencefálico anexo a la caída, 6 por padecer trastornos mentales y 13 por defunción, obteniéndose finalmente una muestra de 285 adultos mayores.

Instrumentos

Se elaboró un cuestionario *ad hoc* para obtener los datos sociodemográficos y la información sobre las causas de la caída y el tipo de fractura.

Escala de Barthel. Se utilizó esta escala para evaluar la capacidad funcional de los adultos mayores que sufrieron algún tipo de fractura. Dicha escala valora y monitoriza los progresos en la independencia del cuidado en pacientes con patología neuromuscular o músculo-esquelética, evalúa las actividades básicas de la vida diaria en la población anciana, como lavarse, vestirse, bañarse, trasladarse, comer, deponer, orinar, deambular y subir y bajar escaleras. Cada ítem implica punta-

jes diferentes, lo que determina que las puntuaciones se obtengan de la suma de aquéllos, las cuales reflejan la dependencia funcional de cada paciente. El rango de valores del índice de Barthel varía entre 0 y 100, con intervalos de cinco puntos, siendo la dependencia inversamente proporcional a la puntuación. Los puntos de corte sugeridos para facilitar la interpretación se expresan en cuatro categorías de dependencia: total (< 20), grave (20-35), moderada (40-55) y leve (\geq 60).

Cuestionario de Salud (SF-36). En la versión de López, Banegas, Pérez, Gutiérrez y Rodríguez (2003), este instrumento evalúa la autopercepción del estado de salud y detecta los estados positivos y negativos de la misma; se centra en la funcionalidad y el bienestar emocional, lo que permite que la autopercepción se considere uno de los índices de salud más utilizados en la comunidad científica. El SF-36 consta de 36 ítems que abordan nueve dimensiones del estado de salud: Salud general, Función física, Rol físico, Dolor corporal, Vitalidad, Función social, Rol emocional, Salud mental y Transición de salud. Las respuestas son independientes para cada pregunta, y sus puntuaciones fluctúan de mucho (1) a nada (3). En cada dimensión, los ítems se codifican, se agregan y se transforman en un rango de puntuaciones que van de 0 (peor estado de salud) a 100 (mejor estado de salud).

Procedimiento

Cuando ingresaba el adulto mayor al servicio de traumatología por primera vez, se registraba en una libreta de ingresos para llevar a cabo su identificación. Se invitó a la persona ingresada y al familiar que lo acompañaba a participar en el estudio, ofreciéndoles una explicación introductoria del mismo, para luego solicitarles que leyeran la carta de consentimiento informado; de estar de acuerdo en participar, se les pedía que la firmaran. Los autores se apegaron al reglamento correspondiente de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud vigente en México, en el que el estudio se clasifica en la categoría I según el título segundo, artículo 17, que lo clasifica como investigación sin riesgo debido a que los participantes sólo aportan datos a través de encuestas y no provoca daños físicos ni mentales. Una vez que el paciente aceptaba participar voluntariamente en

el estudio, se aplicaba el cuestionario para recabar los datos sociodemográficos, las causas de la caída y el tipo de fractura, así como valorar la funcionalidad y autopercepción del estado de salud. Cuando los adultos mayores no podían responder el cuestionario debido a su estado de salud o tratamiento médico, la información se obtenía del familiar responsable.

Análisis de datos

La información recabada se almacenó en una base de datos Excel, luego de lo cual se procesó estadísticamente usando el programa estadístico SPSS, versión 17. Se calcularon las medidas de tendencia central, frecuencias, porcentajes y medidas para el análisis de las variables de estudio.

Para determinar las posibles diferencias entre las variables descriptivas, se aplicó la Chi cuadrada y se elaboraron tablas de contingencia para el cruce de variables. Finalmente, con el objetivo de identificar la asociación entre variables, se aplicó la OR para determinar diferencias.

RESULTADOS

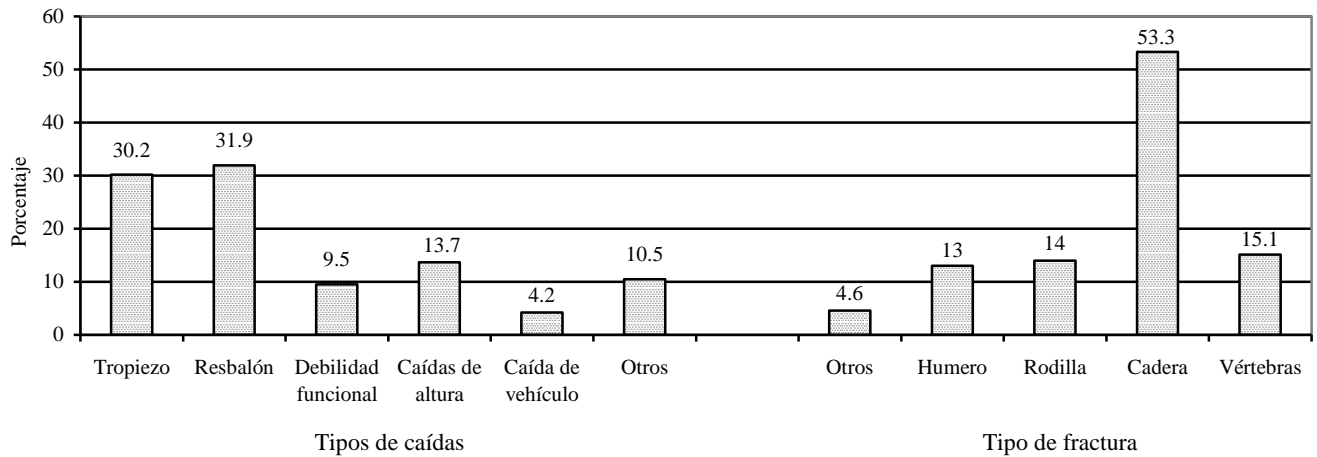
Datos sociodemográficos, causas de las caídas y tipos de fracturas

El promedio de edad de los 285 adultos mayores internados en el Servicio de Traumatología fue de 76 años, con un rango mínimo de 60 y un máximo de 104; de ellos, 69.1% eran mujeres y 30.9% varones. En 74.0% de los casos la información se obtuvo directamente del paciente y 26.0% del familiar responsable.

En la Figura 1 se identifican las principales causas que provocaron la caída y el tipo de fractura ocurrida como consecuencia de la misma. Se muestra que en 31.9% de los casos la caída ocurrió a causa de un resbalón y en 30.2% por tropezar con un objeto, siendo no menos importantes las caídas provocadas por mareos, inestabilidad física, desvanecimientos y otros.

Las fracturas de cadera ocurrieron con mayor frecuencia, alcanzando un total del 53.3%, mientras que las de vértebra representaron 15.1%; en un porcentaje menor, las fracturas fueron de rodilla y húmero.

Figura 1. Distribución en porcentajes de las causas de las caídas y el tipo de fractura que presentaron los adultos mayores.



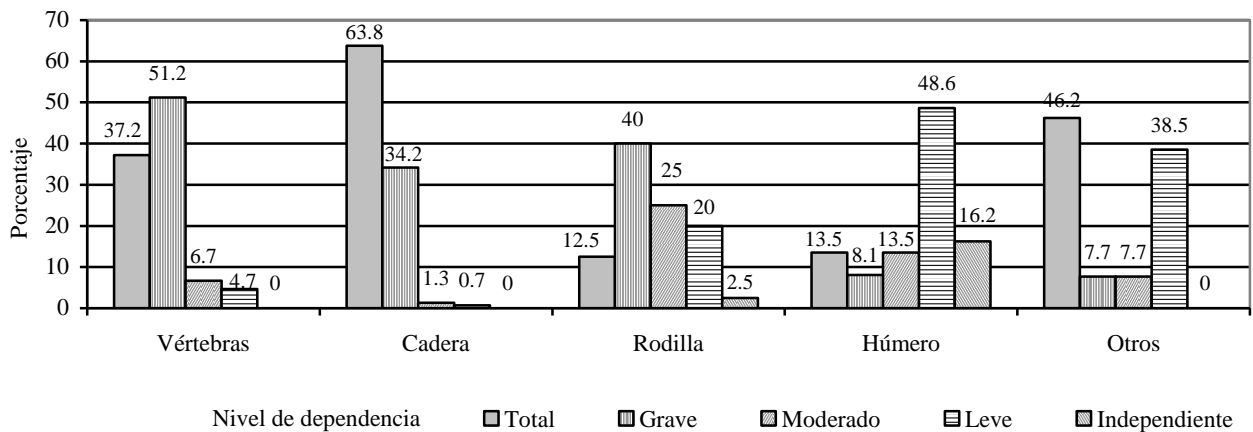
Capacidad funcional y su relación con las fracturas

Mediante la escala de Barthel se demostró que 45.3% de los adultos mayores incluidos en el estudio mostraron niveles de dependencia total (inmovilidad completa) y 33.0% dependencia grave (movilidad limitada). Los resultados indican que estas personas no podían realizar todas las actividades

básicas de la vida diaria debido a la pérdida de su autonomía.

Con estos resultados, se demostró que los adultos mayores que manifestaron una dependencia total y grave fueron aquellos que presentaron fracturas de cadera y vértebra o sufrieron más de dos fracturas, siendo las actividades más afectadas las de comer, lavarse, arreglarse, trasladarse y deambular (Figura 2).

Figura 2. Distribución en porcentajes del tipo de fractura con las actividades básicas de la vida diaria en los adultos mayores (Escala Barthel).



Autopercepción de salud y su relación con las fracturas

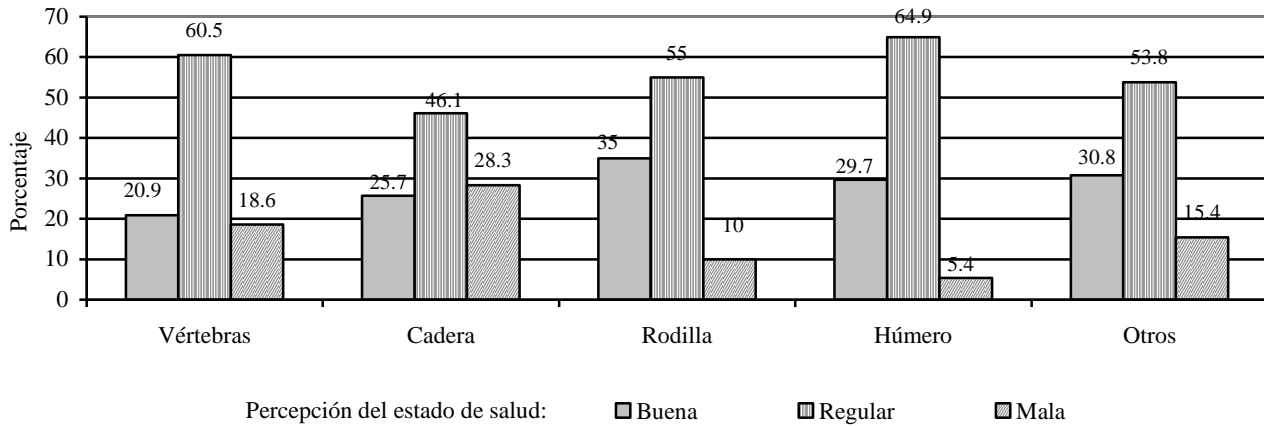
Para evaluar el estado de salud de los adultos mayores, primeramente se identificó la presencia de enfermedad, hallándose que 61.8% de los pacien-

tes evaluados padecía enfermedades crónicas, siendo las de mayor relevancia la hipertensión arterial (26.7%) y la diabetes (9.8%); además, se detectó que en 22.5% coexistían dos enfermedades, como hipertensión y diabetes, o diabetes y artritis.

Respecto a la relación de la percepción del adulto mayor de su estado de salud general con el

tipo de fractura, la Figura 3 muestra los resultados encontrados.

Figura 3. Distribución en porcentajes de la autopercepción del estado de salud en relación al tipo de fractura que sufrieron los adultos mayores.



Resultó relevante identificar que 96.8% de los adultos mayores incluidos en el estudio manifestó una preocupación que no estaba relacionada con la enfermedad o la fractura, sino con los daños funcionales que pudieran ocurrir en el futuro, como llevar a cabo actividades sociales de manera independiente. Sin embargo, con estos resultados no fue posible comprobar una asociación significativa entre la percepción del estado de salud y el tipo de fractura.

Dimensiones de la SF-36 en relación con las fracturas

Para evaluar el índice de salud de los adultos mayores, se consideraron las nueve dimensiones de la SF-36: Salud general, Función física, Rol físico, Rol emocional, Función social, Dolor corporal, Vitalidad, Salud mental y Transición de la salud. Cada dimensión se analizó independientemente en relación con el tipo de fractura que sufrió cada uno de los pacientes.

En la Tabla 1 se identifican los indicadores de autopercepción de salud con mayor asociación estadística ($p < 0.00$) y los tipos de fractura, detectándose altos porcentajes de una percepción de mala salud en relación con las dimensiones de Transición de la salud, Función física, Rol físico, Rol emocional y Salud mental, dimensiones que los adultos mayores identificaban como aquellas que disminuían su capacidad funcional física y emocional, quienes además manifestaron que se sentían cansados, agotados y deprimidos, lo que interfería con sus actividades básicas. Esta condición se detectó más severa en quienes sufrían fractura de vértebra y cadera o doble fractura.

Cuando se analizó la relación entre el tipo de fractura y el dolor corporal, se comprobó que este se presentaba constantemente, alcanzando 100% en quienes sufrieron esos tipos de fractura. Al analizar la dimensión Vitalidad, se encontró que el cansancio y el agotamiento se manifestaron la mayor parte del tiempo en todos los tipos de fractura.

Tabla 1. Distribución en porcentajes del tipo de fractura según la autopercepción de la salud (Cuestionario de Salud SF36).

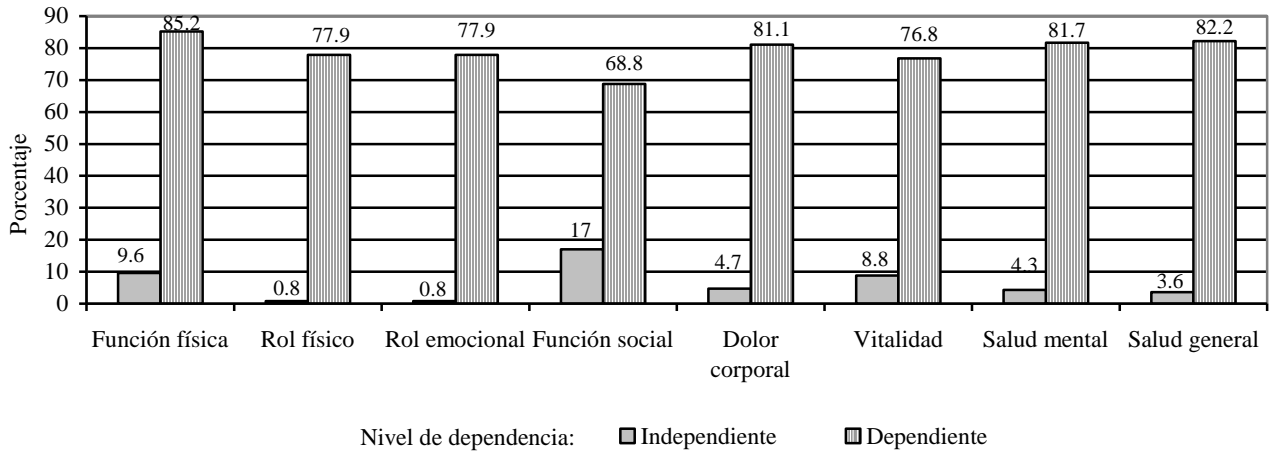
Tipo de fractura	Función física			Rol físico			Rol emocional			Función social			Dolor corporal			Vitalidad			Salud mental			Transición de la salud		
	Buena	Normal	Mala	Buena	Normal	Mala	Buena	Normal	Mala	Buena	Normal	Mala	Buena	Normal	Mala	Buena	Normal	Mala	Buena	Normal	Mala	Buena	Normal	Mala
Vértabras	-	-	100.0	-	-	100.0	-	-	100.0	-	25.6	74.4	100.0	-	-	-	93.0	7.0	-	4.6	95.3	2.3	4.7	93.0
Cadera	-	5.9	94.1	-	-	100.0	-	0.7	99.3	-	13.8	86.2	92.8	5.3	2.0	0.7	86.2	13.2	0.7	3.3	96.1	1.3	11.2	87.5
Rodilla	2.5	47.5	50.5	-	2.5	97.5	-	-	100	7.5	30.0	62.5	92.5	7.5	-	7.5	90.0	2.5	7.5	5.0	87.5	-	7.5	92.5
Húmero	-	81.1	18.9	2.7	-	97.3	2.7	-	97.3	8.1	45.9	45.9	81.1	18.9	-	-	86.5	13.5	-	8.1	91.1	-	5.4	94.6
Otros*	-	38.5	61.5	-	-	100.0	-	-	100.0	15.4	23.1	61.5	100.0	-	-	-	92.3	7.7	-	-	100.0	-	15.4	84.6

Relación de la funcionalidad y la autopercepción de salud

La asociación de las dimensiones de autopercepción de la salud con la funcionalidad del adulto mayor corrobora que quienes mostraban niveles de dependencia total y grave percibían una grave al-

teración de su salud, siendo las dimensiones con autopercepción de salud como mala las de Función física, Función social y Salud mental (Figura 4), lo que demuestra que a la mayoría de los adultos mayores incluidos en el estudio les preocupaba su actividad física y su interacción con familiares y amigos.

Figura 4. Distribución en porcentajes del nivel de dependencia con las dimensiones de autopercepción de la salud en los adultos mayores que sufrieron caídas.



En la Tabla 2 se reafirma la tendencia de asociación entre los tipos de fractura en vértebra y cadera con las dimensiones de autopercepción de salud, obteniéndose datos relevantes de una mayor negatividad en la percepción de la salud en la dimensión de Función física, con una significancia de

$p < 0.00$, siendo esta la máxima significancia; en la dimensión de Función social, con significancia de $p < 0.00$, y en la dimensión de Evolución de la salud, con una asociación menos significativa de $p < 0.09$, a diferencia de los adultos mayores con otros tipos de fractura.

Tabla 2. Asociación entre dimensiones de la autopercepción de la salud (Escala SF-36) y tipos de fractura (cadera-vértebra).

Dimensiones de la salud	OR	IC	X	p
Evolución de la salud	1.61	0.88–2.95	2.73	0.09
Transición de la salud	0.66	0.25–1.72	0.83	0.32
Función física	32.48	13.48–78.04	112.0	0.00
Rol físico	0.00	0.00–1.87	4.36	0.03
Rol emocional	2.18	0.00–8.6	0.03	0.57
Función social	3.95	2.18–7.19	24.7	0.00
Dolor corporal	2.09	0.78–5.56	0.27	0.10
Vitalidad	0.63	0.24–1.63	1.06	0.30
Salud mental	2.28	0.75–6.96	2.66	0.10

DISCUSIÓN

Los resultados del presente estudio muestran que la principal complicación física de los adultos mayores que sufrieron caídas fueron las fracturas de cadera, y en menor porcentaje las de vértebras y rodilla, dato que concuerda con los estudios de Gac et al. (2003), D'Hyver y Gutiérrez (2006) y Manrique et al. (2011), quienes señalaron que las lesiones más graves como consecuencia de caídas son las de cadera y fémur; sin embargo, Tejeda et al. (2005) reportó otras lesiones graves originadas por las caídas, como las úlceras por presión en tejidos blandos y laceraciones, que complican más el proceso de recuperación del adulto mayor. Estos datos reafirman que las caídas son uno de los problemas de salud más temidos por esta población, lo que genera la necesidad de establecer programas de intervención multifactorial para su prevención.

Los datos obtenidos mediante la Escala de Barthel demostraron altos niveles de dependencia total y grave en los adultos mayores con fracturas de cadera y vértebra. Estas fracturas les impedían desarrollar las actividades de su vida diaria por el grado de inmovilidad provocada por la lesión. Se encontraron además diferencias por sexo, siendo las mujeres quienes sufrían mayor dependencia que los hombres. Resulta imprescindible mencionar que ese grado de dependencia se incrementa con la edad en ambos sexos.

Los presentes resultados coinciden con los de otros estudios (Avellana y Fernández, 2007; D'Hyver y Gutiérrez, 2006; Infante et al. 2013), quienes sustentan que las fracturas —en especial las de cadera— se asocian al síndrome de inmovilización y a la dependencia funcional total, siendo de mayor frecuencia en las mujeres de entre 65 y 74 años de edad. Además, otros autores (Manrique et al., 2011; Sanhueza et al., 2005) consideran que la recuperación de la funcionalidad depende de los cambios biológicos que implica el paso de los años en el adulto mayor y de la existencia de enfermedades que agudizan el grado de dependencia funcional; no obstante, si se detecta oportunamente este indicador, se podrían prevenir enfermedades sistémicas y evitar el deterioro de las capacidades en tales personas.

Durante la investigación de campo, los presentes autores comprobaron que la funcionalidad

física de los pacientes incluidos en el estudio disminuye conforme a la edad y varía respecto al sexo, por lo cual puede considerarse como un indicador de riesgo para futuras complicaciones en la salud.

En lo relativo a la ocurrencia de enfermedades crónicas en la muestra bajo estudio, se destaca que más de la mitad de la población consideró su estado de salud como malo debido a la constante presencia del dolor corporal, especialmente en quienes sufrieron fracturas de cadera y vértebra. Sin embargo, a pesar de la fractura y de la enfermedad, algunos pacientes percibieron su salud como buena o regular. Tal resultado puede entenderse con base en lo que Fernández et al. (2003) refieren en su estudio acerca de los diferentes tipos de autopercepción de la salud, esto es, de que la percepción depende de la información que el adulto mayor tiene de su enfermedad, de las diferencias por sexo, del momento de la vida y del contexto social.

Entre los hallazgos de este estudio sobresalió la asociación de la autopercepción de la salud con el tipo de fractura y la intensidad del dolor, que en conjunto aumentan la incapacidad para realizar las funciones cotidianas, provocando el síndrome de inmovilización por la total dependencia que acarrea (Tejeda et al., 2005), aunque en el estudio de Rico (2008) esa autopercepción se considera como una medida subjetiva para determinar de manera directa el estado de salud de la persona en relación con la evolución de la enfermedad, lográndose identificar los indicadores que determinan la severidad de la enfermedad y la pérdida gradual de la funcionalidad (cf. Giraldo y Franco, 2008; Varela et al., 2005).

Lo que llama la atención en los resultados de este estudio en relación con la autopercepción y la funcionalidad es que la totalidad de los pacientes refirieron no preocuparse por su estado de salud actual, pero sí por perder su funcionalidad en el futuro, o sea, la capacidad parcial o total para llevar a cabo las actividades normales de su vida diaria. De hecho, se considera que el estado de salud es el reflejo de un periodo de vida en el que se acumulan los efectos de diversos procesos multifacéticos que comprenden los estilos de vida, hábitos y conductas de salud, y se resta importancia a la en-

fermedad, por lo que aumenta la importancia de la pérdida de la funcionalidad que la fractura provoca.

Por lo tanto, en el grupo de adultos mayores con fracturas de cadera y vértebra se demostró que hay una dependencia total y grave, una percepción de la salud como mala —en especial en las funciones físicas, sociales y de salud mental— y pérdida de la autonomía al depender de otras personas para realizar las actividades cotidianas. Tal condición permite considerar lo que propone Sanhuenza et al. (2012) acerca de la relación que tiene la autopercepción de la salud en los adultos mayores con la incapacidad para realizar sus actividades básicas funcionales de manera independiente, percepción que mejora cuando se interviene mediante programas de autocuidado para optimizar la funcionalidad desde el momento en que se identifican los primeros síntomas de discapacidad funcional.

Estos resultados concuerdan con los de Sánchez (2000) y Formiga y Prieto (2011), quienes han reportado que la autonomía tiene una relación directamente proporcional con la salud y la calidad de vida.

Las limitaciones de este estudio (como el hecho de que, al trabajar con un porcentaje limitado de la muestra previamente establecida y no poder

obtener información directa del resto de los pacientes, se obtiene una información sesgada debido a la naturaleza transversal de dicho estudio) impiden proporcionar resultados definitivos respecto al tiempo entre la fractura y la dificultad para realizar las actividades de la vida diaria; no obstante, se cumple el objetivo de probar la asociación que existe entre la percepción de funcionalidad y el estado de salud. Aun así, estos resultados requieren ser confirmados mediante un estudio prospectivo.

La principal contribución del presente trabajo radica en mostrar la relevancia que tienen los programas de intervención cuando se implementan como un proceso permanente en toda institución de salud. La funcionalidad y la autopercepción de la salud son los principales indicadores de la misma, y su medición ayuda en la toma de decisiones y la realización de acciones que prevengan las caídas. Resulta necesario, por último, que en el futuro se lleven a cabo programas de educación para la salud dirigidos tanto a los adultos mayores y a sus cuidadores acerca de los cambios que deben hacerse en las actividades, a fin de que estas sean de acuerdo a la edad y consideren el deterioro físico propio de la misma.

REFERENCIAS

- Avellana Z., J.A. y Ferrández P., L. (Coords.) (2007). *Guía de buena práctica clínica en geriatría. Anciano afecto de fractura de cadera*. Madrid: Sociedad Española de Geriatría y Gerontología/Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatológica/Elsevier Doyma.
- Czerwiński, E., Białoszewski, D., Borowy, P., Kumorek, A. y Białoszewski, A. (2008). Epidemiology, clinical significance, costs and fall prevention in elderly people. *Ortopedics and Traumatology Rehabilitation*, 10(5), 419-428.
- D'Hyver, D.C. y Gutiérrez, R. (2006). *Geriatría*. México: El Manual Moderno.
- Fernández M., F.G., Faraldo V., J., Rey G., A.T. y Beceiro, F. (2003) Autopercepción de la salud en ancianos y mortalidad a los 5 años. Estudio en una comunidad rural. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 38(6), 311-315.
- Formiga, N. y Prieto, M.B. (2011). Autopercepción de la salud de los adultos mayores en Bahía Blanca. *Memorias de las XI Jornadas Argentinas de Estudios de Población*. Neuquén, Argentina: Universidad Nacional del Sur Comahue.
- Gac E., H., Marín L., P.P., Castro S., H., Hoyle M., T. y Valenzuela A., E. (2003). Caídas en adultos mayores institucionalizados: Descripción y evaluación geriátrica. *Revista Médica de Chile*, 131(8), 887-894.
- Galván P., Y., Moreno C., Y. y González P., A. (2010). El síndrome de caídas y la calidad de vida relacionada con la salud en el adulto mayor. *Archivos en Medicina Familiar*, 12(1), 17-24. Disponible en línea: <http://www.redalyc.org/pdf/507/50719083003.pdf> (Recuperado el 25 de septiembre de 2012).
- Giraldo M., C.I. y Franco A., G.M. (2008). Capacidad funcional y salud: orientaciones para cuidar al adulto mayor. *Avances en Enfermería*, 26(1), 43-58.
- González P., G.J., Vega L., M.G., Cabrera P., C.E., Arias M., E.D. y Muñoz T., A. (2011). Envejecimiento demográfico, condiciones sociales y mortalidad del adulto mayor en México. En M. E. Flores V., M. G. Vega y L. P. González (Eds.): *Condiciones sociales y calidad de vida en el adulto mayor: experiencias de México, Chile y Colombia* (pp. 37-63). México: Universidad de Guadalajara.

- Ham C., R. y Gutiérrez R., L.M. (2000). Salud y bienestar del adulto mayor en la ciudad de México, SABE 2000. *Publicación Científica y Técnica* 280. México: OPS/El Colegio de la Frontera Norte/Secretaría de Salud.
- Infante C., C.I., Rojano M., D. Ayala V., G. y Aguilar E., G. (2013). Factores pronósticos de funcionalidad en adultos mayores con fractura de cadera. *Cirugía y Cirujanos*, 18(2), 125-139.
- López G., E., Banegas J., R., Pérez R., A.G., Gutiérrez F., J.L. y Rodríguez A., F.A. (2003). Valores de referencia de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36 en población adulta de más de 60 años. *Medicina Clínica*, 120(15), 568-573.
- Manrique E., B., Salinas R., A., Moreno T., K. y Téllez R., M.M. (2011). Prevalencia de dependencia funcional y su asociación con caídas en una muestra de adultos mayores pobres en México. *Salud Pública de México*, 53(1), 26-33.
- Organización Mundial de la Salud (1989). *La salud de las personas de edad*. Serie Informes Técnicos 779. Documento inédito A/35/130. 779, 6-13. Ginebra: OMS. Disponible en línea: http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_779_spa.pdf (Recuperado el 24 de octubre de 2012).
- Organización Mundial de la Salud (2001). *Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud*. Ginebra: OMS.
- Rico G., M.L. (2008). *Factores asociados a la autopercepción del estado de salud de los adultos mayores en México*. Tesis de maestría. México: Flacso. Disponible en línea: <http://hdl.handle.net/10469/1201> (Recuperado el 30 de mayo de 2013).
- Ruelas G., M.G. y Salgado S., V.N. (2008). Lesiones accidentales en adultos mayores: un reto para los sistemas de salud. *Salud Pública de México*, 50(6), 463-471.
- Sánchez G., G.A. (2000). *Manual de prevención y autocuidados para las personas adultas mayores*. México: Secretaría de Desarrollo Social/Gobierno del Distrito Federal. Disponible en línea: http://www.sideso.df.gob.mx/documentos/prev_autocuidado_adultos.pdf (Recuperado el 12 de septiembre de 2012).
- Sanhueza P., M.I.P., Castro S., M. y Merino E., J.M. (2005). Adultos mayores funcionales: un nuevo concepto en salud. *Ciencia y Enfermería*, 11(2), 17-21.
- Sanhueza P., M.I.P., Castro S., M. y Merino E., J.M. (2012). Optimizando la funcionalidad del adulto mayor a través de una estrategia de autocuidado. *Avances en Enfermería*, 30(1), 23-31.
- Secretaría de Salud (2008). *Prevención de caídas en el adulto mayor en el primer nivel de atención*. México: SS. Disponible en línea: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html> (Recuperado el 14 de septiembre de 2012).
- Tejeda A., I.C., Céspedes R., L., Baster M., J.C. y Estéfano R., R.M. (2005). Factores de riesgo de caídas en el adulto mayor hospitalizado. *Correo Científico Médico de Holguín*, 9(2).
- Varela P., L., Chávez J., H., Gálvez C., M. y Méndez S., F. (2005). Funcionalidad en el adulto mayor previo a su hospitalización a nivel nacional. *Revista Médica Hered*, 16(3), 165-171.