

## GEROINFO. PUBLICACIÓN DE GERONTOLOGÍA Y GERIATRÍA

### **Título: “Fracturas de cadera en el adulto mayor y su calidad de vida”**

**Autores:** [Pedro Juan Ramírez Agüera\\*](#), Pedro Pablo Acen Martínez\*\*, Pedro Miguel García Labrada \*\*\*.

\* Esp. 2do Grado Ortopedia y Traumatología  
Profesor Auxiliar

\*\* Esp. 2do Grado Ortopedia y Traumatología  
Profesor Instructor

\*\*\* Esp. 1er Grado Ortopedia y Traumatología  
Profesor Asistente.

Hospital Universitario Dr. Miguel Enríquez

Email autor principal.

Hosp. Facultad Dr. Salvador Allende

[pedro.ramirez@infomed.sld.cu](mailto:pedro.ramirez@infomed.sld.cu)

Calle G y 27, Vedado, Municipio Plaza de la Revolución.

CP 10400.

[geroinfo@infomed.sld.cu](mailto:geroinfo@infomed.sld.cu)

Centro de Investigaciones sobre: “Envejecimiento, Longevidad y Salud”.

### **Resumen.**

Se efectuó un estudio de casos para precisar las características de la calidad de vida en los pacientes adultos mayores con fracturas de cadera en el Servicio de Ortopedia y Traumatología del Hospital Universitario Dr. Miguel Enríquez, en el periodo de enero-diciembre del 2008, contando con una serie muestra de 130 pacientes elegidos aleatoriamente. Para obtener la información se utilizó una encuesta previamente legalizada. El mayor por ciento de la serie tiene una calidad de vida normal, y el menor por ciento una calidad de vida mala. Los resultados obtenidos mostraron que en la fractura de cadera, el sitio de producirse fue el hogar con el 80 %. La mayoría de las fracturas de caderas se presento en el sexo femenino. Por último, los resultados estimularon la necesidad de ajustar estrategias de intervención en la Atención Primaria de Salud para la prevención y el perfeccionamiento de actividades para elevar la calidad de vida del adulto mayor. A todos los pacientes incluidos en el estudio se solicito su consentimiento informado.

**Palabras claves:** fracturas de cadera/etiología, salud del adulto mayor, calidad de vida.

## **Introducción.**

Durante los años 80, el término calidad de vida se adoptó como concepto sensibilizador que podía ofrecer a los profesionales de distintas disciplinas un lenguaje común y guiar las prácticas de los servicios humanos, más orientados ahora hacia la persona, su autodeterminación y el logro de una mayor satisfacción con su vida. A lo largo de los 90, las preocupaciones en torno a la conceptualización y evaluación del concepto tuvieron un mayor carácter metodológico. Superadas estas inquietudes, el siglo XXI se presenta como aquél en el que el término Calidad de Vida no sólo teñirá las intenciones y acciones de individuos que gozan cada vez de mayores posibilidades de elección y decisión y optan por una vida de mayor calidad, sino también las de los servicios humanos en general, que se verán obligados a adoptar técnicas de mejora de sus procedimientos, en la medida que existirá un grupo de evaluadores que analizará sus resultados desde criterios de excelencia como es el de Calidad de Vida. (1).

La OMS define la calidad de vida (CV) relacionada con la salud como la percepción del individuo de su posición en la vida, en el contexto de la cultura y el sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetos, expectativas, estándares y preocupaciones. De forma sencilla se puede definir como la sensación de bienestar físico y satisfacción emocional, psíquica y social de un individuo. (2).

En la tierra, cada día, un mayor número de personas sufren fracturas de cadera. Está demostrado que el cuidado del paciente con fracturas de cadera excede el marco de acción de la ortopedia y traumatología y requiere tanto del aporte interdisciplinario como de la atención en el domicilio donde vive el paciente. En consecuencia, es inevitable suponer a la familia como parte del equipo en el cuidado de estos pacientes. (3).

Los cuidados continuos pretenden dar a los pacientes una atención integral a todos los niveles y durante todas las fases de la enfermedad. El paciente debe ser atendido desde un punto de vista biológico, psicológico, familiar, laboral y social. (4). El deber y la jerarquía que la familia tiene en el adelanto y progreso del ser humano extienden su potencial de acción en la interacción de cada uno de sus miembros; por lo tanto, la familia definida como sistema se ve afectada como tal cuando alguno de sus miembros sufren algún cambio vital. Bowen en su *Teoría de los Sistemas* propone la comprensión

de la familia como un organismo, dentro del cual, lo que le ocurra a cada uno de sus miembros va a repercutir en todos los demás. (5)

La evidencia ante el diagnóstico, la hospitalización y la espera por el tratamiento casi siempre quirúrgico, producen una constante fuente de estrés y pueden hacer las experiencias de los pacientes con fracturas de cadera, personas susceptibles a problemas psicológicos, desestabilizadores de la autorregulación de la personalidad.

Para los pacientes adultos mayores con fracturas de cadera, el tratamiento quirúrgico es la única posibilidad terapéutica que garantiza el mantenimiento de una calidad de vida aceptable. La cirugía de la cadera implica a veces la sustitución protésica y su demora nos lleva al afrontamiento de la posibilidad de complicaciones por el encamamiento (cuyo espectro va desde las complicaciones locales: escara de decúbito y sus trastornos asociados, hasta las complicaciones generales: bronconeumonía y la muerte).

Un grupo de definiciones se refiere a la naturaleza subjetiva de la calidad de vida, otras a una situación objetiva. Hay autores que valoran ambos componentes, incluyendo en su formulación teórica la definición de los elementos que la mayoría ha considerado relevantes: elementos subjetivos y objetivos. Al elemento subjetivo corresponden las definiciones multidimensionales o globales como bienestar y satisfacción, implicándose en ello la interacción del aparato cognitivo como la evaluación de la satisfacción personal, y el aparato afectivo dado por la apreciación de la felicidad, más inestable e influenciado por los cambios de humor. (6-7)

Una definición integradora del concepto calidad de vida plantea que: la calidad de vida es el resultado de la compleja interacción entre factores objetivos y subjetivos; los primeros constituyen las condiciones externas: económicas, sociopolíticas, culturales, personales y ambientales que facilitan o entorpecen el pleno desarrollo del hombre, de su personalidad; los segundos están determinados por la valoración que el sujeto hace de su propia vida. (8)

Para García -Viniegras, el bienestar psicológico es una categoría que expresa el sentir positivo y el pensar constructivo del ser humano acerca de sí, que se define por su naturaleza subjetiva vivencial, aunque se relaciona con aspectos particulares del funcionamiento físico, psíquico y social. (9)

El proyecto de vida es la estructura que expresa la apertura de la persona hacia el dominio del futuro en sus orientaciones principales. El proyecto de vida se distingue por su carácter anticipatorio, modelador y organizador de las actividades principales y del

comportamiento del individuo, que contribuye a delinear los rasgos de su estilo de vida personal y los modos de existencia característicos de su vida cotidiana en todas las esferas de la sociedad. Se trata de un subsistema psicológico principal que posee el sujeto en sus dimensiones esenciales de la vida, como un modelo ideal sobre lo que espera o quiere ser y hacer, que toma forma concreta en la disposición real y las posibilidades internas y externas de lograrlo, definiendo su relación con el mundo y consigo mismo, su razón de ser como individuo en un contexto y tipo de sociedad determinada. (10-11-12).

En personas de edad avanzada, las caídas representan un problema muy serio que conduce a traumatismos físicos y psicológicos y a un deterioro de la personalidad. A medida que avanza la edad, la incidencia de caídas aumenta de manera exponencial, especialmente en la mujer, debido a factores que pueden ser extrínsecos, intrínsecos, o ambos, aunque gran parte de los estudios efectuados sobre el tema han sido retrospectivos y se han basado en datos de dudosa calidad. (13)

En los últimos años ha aumentado la frecuencia de los traumatismos en pacientes ancianos, con una mayor incidencia se afecta la extremidad proximal del fémur. (14)

La osteoporosis es uno de los mayores problemas que enfrentan los ancianos de ambos sexos. (13) El evento mórbido en la osteoporosis es la fractura. Aunque la definición de la osteoporosis no requiere la presencia de fracturas, la disminución en la masa ósea está unida innegablemente a un alto riesgo de fracturas.

En los EE.UU., aproximadamente 1,5 millones de fracturas anuales son atribuibles a la osteoporosis; estas incluyen 250 000 fracturas de caderas. (15)

En varios estudios realizados en diferentes regiones y países se señalan tasas de incidencias anuales de fracturas de cadera que oscilan de 219,6 a 318,2 por 100 000 habitantes en los hombres mayores de 50 años y que se triplican en el sexo femenino. (9) Otros autores (10) señalan que el 10 % de estos pacientes proceden de hogares de ancianos o instituciones de atención médica, y que de fractura de cadera un 84 % se produce en el domicilio y que cerca del 80 % requiere cirugía .

En nuestro país, donde la expectativa de vida supera los 75 años como promedio, siendo algo mayor en la mujer y donde mas del 12 % de la población está representada

por el grupo de 65 años y más, no escapa a esta problemática, sin embargo, al igual que en otros países y regiones, sólo se han realizado estudios aislados y muy limitados en el abordaje de este problema lo que no permite caracterizarlo.

El presente estudio resulta novedoso, dada la necesidad de evaluar desde el punto de vista psicológico el comportamiento de variables como la calidad de vida, que resulta ser un factor importante para valorar la evolución de estos pacientes.

Para ello se formula el siguiente problema de investigación:

¿Cuáles son los niveles de calidad de vida en los pacientes con fractura de cadera que reciben tratamiento quirúrgico en el Hospital Universitario Dr. Miguel Enríquez en el periodo de enero-diciembre del 2008?

### **Objetivos**

Describir el nivel de calidad de vida en una muestra de pacientes con fractura de cadera que recibieron tratamiento quirúrgico en el Hospital Universitario Dr. Miguel Enríquez en el periodo de Enero-Diciembre del 2008.

### **Material y Método**

La investigación propuesta es un estudio descriptivo y transversal, donde se evalúa el comportamiento de la calidad de vida.

El universo está constituido por la totalidad de pacientes (130) de más de 60 años, diagnosticados con fractura de cadera que recibieron tratamiento quirúrgico en el Hospital Universitario Dr. Miguel Enríquez en el periodo en que se realizó el estudio. Se definió como tal a las fracturas comprendidas desde el extremo proximal del fémur (la cadera propiamente dicha) hasta 5 cm. por debajo del trocante menor. Se excluyeron las fracturas secundarias de cadera, a otras enfermedades y politraumatismos.

Para la selección de la muestra se realizó un muestreo aleatorio simple. La muestra fue definida estadísticamente y teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión propuestos para el estudio.

Operacionalización de Variables: Se organizaron las variables en 3 dimensiones, una dimensión socio psicológica donde se agrupo la variable: calidad de vida, satisfacción de la vida y apoyo social objetivo y una dimensión sociodemográfica donde se agrupan las variables: sexo, edad, sitio de ocurrencia de la fractura.

Técnicas y Procedimientos: El estudio fue desarrollado en tres fases fundamentales. Una para la selección de la población de estudio. La segunda de aplicación de técnicas de recolección de datos y la última de procesamiento y análisis de la información.

Las técnicas empleadas fueron el análisis documental (Historias Clínicas y del Registro de Estudios Complementarios). El Cuestionario de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la entrevista.

Se creó una base de datos en el paquete estadístico SPSS 12.0.

Se empleó la estadística descriptiva, de manera particular el análisis de frecuencia para variables cualitativas y cuantitativas, con el objetivo de describir el comportamiento de las mismas. Se aplicó el contraste de Hipótesis Chi-Cuadrado sobre bondad de ajuste, para establecer si la forma de la distribución de las variables en la muestra se ajusta a una determinada distribución de probabilidad teórica en la población de estudio.

## **Resultados**

Asumiendo la definición de Calidad de Vida trazada por la OMS, así como la combinación de aspectos objetivos y subjetivos manifiestos en esta categoría, y examinando las diferentes dimensiones que la forman, se efectuó el siguiente estudio, teniendo como fuente de todas las tablas analizadas, la encuesta implementada.

**Tabla 1. Distribución de la percepción de calidad de vida N (%) según definición. Calidad de vida percibida N (%)**

<b>Condición</b>	<b>Muy mal</b>	<b>Poco</b>	<b>Lo normal</b>	<b>Bastante bien</b>	<b>Muy bien</b>	<b>Total</b>
Muestra	1 (0,7)	4 (3,07)	86 (66,15)	38 (29,33)	1 (0,7)	130 (100)

En la Tabla 1 se expone la percepción de calidad de vida.

Estudiando las respuestas suministradas por los pacientes que conforman el estudio, se demuestra que se halla una alta preferencia por parte de los mismos a situarse en el nivel 3 de calidad de vida, es de señalar, que para los pacientes con fractura de cadera estudiados la calidad de vida es calificada como lo normal.

Al examinar la variable satisfacción con la vida o bienestar subjetivo se observa que la generalidad de los pacientes se halló extremadamente satisfecha con la vida (63 personas). (Ver Tabla 2)

**Tabla 2. Distribución de la percepción de calidad de vida según satisfacción con la vida. Calidad de vida percibida N (%)**

<b>Condición Satisfacción con la vida</b>	<b>Muy mal</b>	<b>Poco</b>	<b>Lo normal</b>	<b>Bastante bien</b>	<b>Muy bien</b>	<b>Total</b>
Extremadamente Satisfecho	0 (0.00)	2 (3.17)	35 (55.60)	25 (39.70)	1 (1.60)	63 (100)
Satisfecho	0 (0.00)	1 (2,63)	24 (63,15)	13 (34,21)	0 (0.00)	38 (100)
No satisfecho	1 (50)	1 (50)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	2 (100)
Medianamente Satisfecho	0 (0.00)	0 (0.00)	27 (100)	0 (0.00)	0 (0.00)	27 (100)
Total	1 (0,7)	4 (3,07)	86 (66,15)	38 (29,23)	1 (0,7)	130 (100)

Puede reflexionarse que en las categorías: Extremadamente Satisfecho y Satisfecho no se hallaron participantes con muy mala calidad de vida y se localizaron pocos participantes con poca calidad de vida. Cerca de la mayoría de las personas que mostraron una calidad de vida bastante bien, están extremadamente satisfechos. La mayor cantidad de pacientes revelaron estar extremadamente satisfechos y a su vez los niveles de calidad de vida se localizan entre normal y bastante bien. Es de señalar que la satisfacción con las diferentes esferas de la supervivencia como: familia, dinero, salud, amistades y la vida en general establecen significativos aspectos a tener en cuenta hacia una calidad de vida normal o bastante bien

Al observar la variable apoyo social objetivo se exhibe en el estudio que la mayor cantidad de pacientes adoptan algún apoyo social objetivo (89 personas). Esto explica que cuentan con personas tanto familiares como amistades para la elaboración de las

diferentes diligencias de la vida diaria así como para relatarles complicaciones vinculadas al nivel emocional.

Este apoyo es clasificado como alguno puesto que los puntos de apoyo no

Son lo suficientemente amplios como para considerarlo de mucho.

(Ver tabla # 3)

**Tabla 3. Distribución de la percepción de calidad de vida según apoyo social objetivo. Calidad de vida percibida N (%)**

<b>Condición Apoyo social objetivo</b>	<b>Muy mal</b>	<b>Poco</b>	<b>Lo normal</b>	<b>Bastante bien</b>	<b>Muy bien</b>	<b>Total</b>
Ninguno	0 (0,00)	1 (7,14)	12 (85,71)	1 (7,14)	0 (0,00)	14 (100)
Alguno	1 (1,12)	1 (1,12)	57 (64,04)	30 (33,70)	0 (0,00)	89 (100)
Mucho	0 (0,00)	2 (7,40)	17 (62,96)	7 (25,92)	1 (3,70)	27 (100)
Total	1 (0,7)	4 (3,07)	86 (66,15)	38 (29,23)	1 (0,7)	130 (100)

Lo preliminar representa que en la medida que las personas perciban respeto y mayor proximidad en relación a sus amistades y así como se creían valorados y queridos por su familia, la calidad de vida será evaluada de normal y bastante bien.

En la tabla 4 se exhibe la distribución de las fracturas de cadera según edad y sexo donde se presta atención que el sexo femenino resultó el más afectado con el 69,2 % del total y una relación 2,5:1 confrontado con el sexo masculino.



**Tabla 4. Distribución por frecuencia de edades y sexo.**

<b>Edades.</b>	<b>Sexo</b>		<b>Sexo</b>		<b>Total</b>	<b>%</b>
	<b>Masculino</b>	<b>%</b>	<b>Femenino</b>	<b>%</b>		
60-69	8	20	10	11,1	18	13,8
70-79	10	25	46	51,1	56	43,07
80-89	14	35	30	33,3	44	33,84
90-99	8	20	3	3,3	11	8,46
100 ó más	-	-	1	1,1	1	0,76
Total	40	100,0	90	100,0	130	100,0

La edad media de ocurrencia de estos tipos de acontecimientos fue de 77,9 años, se consideró un comportamiento similar en relación con las edades en ambos sexos, con la mayor agrupación de casos en las edades de 70 a 89 años, con el 76,92 %. Es justamente en los grupos de edades de 70 a 89 años donde se observa la superioridad de casos de fractura de cadera en el sexo femenino en correspondencia con el masculino.

En la tabla 5 se muestra la relación de las fracturas de cadera según lugar de ocurrencia y sexo. De los 130 casos encuestados el 75,3 % sucedió dentro del domicilio, un 21,3 % fuera del domicilio, y el 3,1 % en instituciones (hogar de ancianos). En ambos sexos prevaleció la ocurrencia en el interior del domicilio.

**Tabla 5. Distribución según lugar de ocurrencia y sexo**

<b>Lugar de ocurrencia</b>	<b>Masculino</b>	<b>%</b>	<b>Femenino</b>	<b>%</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
Interior del domicilio	24	60,0	74	82,2	98	75,3
Fuera del domicilio	15	37,5	13	14,4	28	21,3
Institucional	1	2,5	3	3,3	4	3,1
Total	40	100,0	90	100,0	130	100,0

Al precisar el sitio interior del domicilio en que acontecieron las fracturas de cadera (tabla 6 ) los que más incurrieron fueron el cuarto y el pasillo, según en orden de frecuencia el patio y baño, no se observaron discrepancias en la distribución por sexos. No obstante, en el interior del domicilio prevaleció el sexo femenino sobre el masculino.

**Tabla 6. Distribución según sitio en el interior del domicilio y sexo.**

<b>Sitio del domicilio</b>	<b>Masculino</b>	<b>%</b>	<b>Femenino</b>	<b>%</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
Escalera	2	8,3	7	9,54	9	9,18
Patio	3	12,5	8	10,81	11	11,22
Comedor	1	4,1	6	8,10	7	7,14
Cocina	4	16,6	3	4,05	7	7,14
Baño	4	16,6	7	9,45	11	11,22
Portal	2	8,3	5	5,10	7	7,14
Sala	3	12,5	4	5,40	7	7,14
Pasillo	1	4,1	11	14,86	12	12,24
Cuarto	4	16,6	23	31,08	27	27,55
Total	24	100	74	100	98	100

### **Discusión**

Los inconvenientes de calidad de vida en estos pacientes con fracturas de cadera no están sencillamente interrelacionados con revelaciones del estado físico y de salud subordinado a la fractura, sino del estrés, el ajuste y la adaptación a la fractura, además de los problemas derivados del tratamiento quirúrgico y la recuperación, que de cierta forma alcanzan afectar el bienestar del paciente. Lo antes mencionado se corresponde con la actual consideración desde el punto de vista científico de que no existen enfermedades sino enfermos, es decir, que lo fundamental no es el hecho de presentar una patología u otra sino más bien de las respuestas dadas por las personas ante esta entidad. Esto hace que las personas deben activar ciertos mecanismos, estrategias para el manejo y el control de su fractura de cadera. (16,17).

Se logró comprobar que los sujetos de forma habitual se consideraban medianamente satisfechos con su calidad de vida donde creían que las condiciones de vida y el estado de salud, eran temas primordiales para tener una calidad de vida considerada como muy bien.

De igual forma se centralizaban a condiciones materiales tales como: tener un carro, tener una buena casa, ingresos económicos y en pequeño orden a las buenas relaciones con las demás personas, y creen la calidad de vida en términos de condiciones de vida asumiendo el concepto de calidad de vida sugerido por la Organización Mundial de la Salud (OMS), a una información subjetiva de las condiciones del medio ambiente, particularmente recursos financieros y transporte. (18,19).

Si se asumen los incomparables dominios que alcanza la calidad de vida, que se hallan determinados desde un punto de vista teórico: Salud física y bienestar, Salud psicológica y bienestar, Relaciones sociales y Medio ambiente, se presta atención que consta un predominio a la influencia del dominio salud psicológica y bienestar en la calidad de vida de estos pacientes y al mismo tiempo sin embargo no en gran medida se hace visible también el de las Relaciones Sociales. (18)

El grupo de pacientes estudiados se halla en un nivel de calidad de vida normal y está estrictamente emparentado con aspectos tales como la prosperidad y la recreación en la vida, la capacidad de concentración, los sentimientos positivos acerca de sí mismo, la aprobación de su imagen corporal y apariencia, la satisfacción con su persona respecto a estar libre de sentimientos negativos así como las creencias personales referidas al sentido de sus vidas, correspondientes todos ellos al dominio salud psicológica y bienestar, destacando además que juegan un rol importante para estas personas las relaciones sociales, es decir, relaciones con otras personas. (19,20)

Si consideramos la correspondencia entre calidad de vida percibida y apoyo social objetivo como término logramos evaluar que más del 60% del grupo exhiben una calidad de vida normal y manifiestan tener algún apoyo social objetivo lo cual se refiere al número de personas con las que pueden contar para realizar actividades de la vida laboral, del hogar, así como en los aspectos emocionales. (18, 19, 20, 21)

La distribución por edades y sexo de la muestra estudiada con predominio en el femenino y con la mayor agrupación de la relación entre los 70 y 89 años concuerda con los descubrimientos de otros autores. (22) Artadill en un estudio realizado en Asturias señala una ocurrencia 3 veces mayor en la mujer que en el hombre y un

promedio de edad de  $80,2 \pm 8,9$  años. Estas discrepancias se atribuyen a que en mujeres de edad avanzada la atrofia fisiológica del extremo proximal de fémur es más marcada, así como la disposición de las caderas de la mujer que la inclinan a fracturas ante traumatismos. (16, 17, 22).

Constituye el domicilio el área en el cual sucede el mayor por ciento de fracturas de caderas con el 75,3 % lo que concuerda con Artadill en su publicación que obtiene un 84,4 %. (23).

La ocurrencia de fracturas de caderas en establecimientos de salud en nuestro trabajo se mostró muy baja, con el 3,3 %, contrastada con el 10 % que se alcanza en otras publicaciones. (22, 23,24).

En el interior del domicilio, el cuarto y el pasillo constituyó el sitio de mayor peligro lo que coincide con otros trabajos analizados, seguido del patio y el baño. Estos últimos nos proporcionan la visión, de que a pesar de las restricciones de la movilidad del adulto mayor, este siempre trata de ser útil en las actividades hogareñas exponiéndose a este tipo de peligro. (22, 23,24)

### **Conclusiones**

La calidad de vida en los pacientes estudiados que sufren una fractura de cadera y esperan por un tratamiento quirúrgico poseen características particulares. Su influencia se instaure antes y después a la intervención quirúrgica. Sus contenidos se hallan subordinados a la recuperación de la salud y al éxito del tratamiento quirúrgico.

La calidad de vida en estos pacientes sólo se constituye a corto y mediano plazo, no se encontró ningún caso en que la proyección se estableciera a largo plazo.

En correspondencia con los niveles de calidad de vida en los pacientes estudiados, podemos resaltar que se encuentra una alta predilección por parte de los mismos a ubicarse en el nivel 3 de calidad de vida, calificada como lo normal.

La satisfacción con la vida de los pacientes estudiados la mayoría reflejaron estar extremadamente satisfechos y a su vez los niveles de calidad de vida se localizaron entre normal y bastante bien. Es de señalar que la satisfacción con las diferentes esferas de la supervivencia como: familia, dinero, salud, amistades y la vida en general

establecen significativos aspectos a tener en cuenta hacia una calidad de vida normal o bastante bien.

Al observar la variable apoyo social objetivo se hace ostensible en el estudio que la mayor cantidad de pacientes adoptan algún apoyo social objetivo (89 personas).

Para finalizar opinamos que las fracturas de cadera en el adulto mayor crean un significativo problema de salud facilitada por sus elevadas tasas de morbilidad del mismo modo que constituyen un elevado precio en el cuidado médico que trasciende absolutamente en la calidad de vida del adulto mayor.

Las caídas ocasionales resultan las causas precipitantes, siendo el domicilio el sitio más frecuente de ocurrencia, lo que permite implantar habilidades de intervención para su prevención en el nivel primario de salud.

## **Bibliografía:**

1. González Pérez U. El concepto de calidad de vida y la evolución de los paradigmas de la ciencia de la salud. Rev cub. sp.2002; 28(2).
2. Verdugo, M.A., Caballo, C., Peláez, A. & Prieto, G. (2000). Calidad de vida en personas ciegas y con deficiencia visual. Un published manuscript, Universidad de Salamanca/Organización Nacional de Ciegos de España.
3. Chacón M, Grau J.: La familia como parte del equipo: el cuidador principal. En: Gómez Sancho M. (ed). Medicina Paliativa en la Cultura Latina. Madrid: ARAN. 1999; 995-1004
4. Expósito Concepción, Y: La Calidad de Vida en los cuidadores primarios de pacientes con cáncer. Rev haban cienc méd v.7 n.3 Ciudad de La Habana jul.-sep. 2008
5. Cruzat A.: Teoría de Sistemas Naturales de Murray Bowen: un Nuevo entendimiento de los Procesos de Salud/Enfermedad al Interior de las Familias y las Organizaciones. Medwave. Noviembre, 2007; 7 (10).
6. Grau, J.A.; Victoria, C.; Hernández, E.: “Calidad de vida y Psicología de la Salud”, en Psicología de Salud. Fundamentos y aplicaciones. Universidad de Guadalajara. Centro Universitario de Ciencias de la Salud, 2005
7. García-Viniegras, C.R., Rodríguez, G: Calidad de vida en enfermos crónicos
8. [www/iscmh/rhab/rhcm\\_vol\\_6num\\_4/rhcm02407.htm](http://www/iscmh/rhab/rhcm_vol_6num_4/rhcm02407.htm) (Consultado el 26/10/2007 7:40)
9. Cabrera, M.E; Agostini, M. T; García-Viniegras, C R.: Calidad de vida y trabajo comunitario integrado. Sistema de Indicadores para la medición de la calidad de vida. Reporte de investigación. Centro de Investigaciones Psicológicas y Sociológicas. 1998.
10. García-Viniegras, C.R., López, V.: Consideraciones teóricas sobre el bienestar y la salud. [www/iscmh/rhab/rhcm\\_vol\\_2num\\_7](http://www/iscmh/rhab/rhcm_vol_2num_7). Consultado 26/10/2007
11. García-Viniegras, C.R., González I.: La categoría bienestar psicológico. Su relación con otras categorías sociales. Rev Cubana Med Gen Integr 2000; 16 (6): 586-92
12. D' Angelo, O.: El desarrollo personal y su dimensión ética. Fundamentos y programas de educación renovador a. Provida, La Habana, 1995.
13. D' Angelo, O.: Autorrealización de la personalidad. Provida, La Habana, 1996.

14. D' Angelo, O.: "Proyecto de vida y desarrollo personal", en Pensando en la Personalidad. Selección de Lecturas. Compiladora Lourdes Fernández Rius. Editorial Félix Varela, La Habana, 2003.
15. Factores asociados con caídas en personas de edad avanzada. Bol of Sanit Panam 1992; 121:459.
16. García Juárez, B. B., José Dolores, P. A...: Fracturas intertrocanterianas de la cadera; estudio prospectivo 1987-1990. Rev Mex Ortop Traumatol, 1990.
17. Riggs BL, Wolton LJ. The worldwide problems of osteoporosis: insights A. Forged by epidemiology. Bone 1995; 17:5055-115.
18. García-Viniegras, C.R.; Rodríguez, G.: Calidad de vida en enfermos crónicos [www/iscmh/rhab/rhcm\\_vol\\_6num\\_4/rhcm02407.htm](http://www/iscmh/rhab/rhcm_vol_6num_4/rhcm02407.htm) (Consultado el 26/10/2007, 7:40)
19. Grau, J.A.; Victoria, C.; Hernández, E.: "Calidad de vida y Psicología de la Salud", en Psicología de Salud. Fundamentos y aplicaciones. Universidad de Guadalajara. Centro Universitario de Ciencias de la Salud, 2005.
20. Rodríguez Pérez, A.I.; Rodríguez Lafuente, M.E.: Proyectos de vida, calidad de vida y bienestar psicológico en espera de un trasplante hepático. Facultad de Psicología de la Universidad de la Habana. Hospital Clínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras. Volumen II, Num. 11, pagina 64-73, 2008 Investigaciones Medicoquirúrgicas.
21. Cunqueiro, J. M. et al. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes ancianos en hemodiálisis. [Versión electrónica]. *Nefrología* . Vol. XXIII. No. 6: 528-537.
20. Pérez Carvajal, A., Matos Duarte, S.E.; Padovani Cantón, A.; Díaz Domínguez, M de los A.; Alonso Pérez, J.M.: Morbilidad por fractura de cadera. Rev Cubana Ortop Traumatol 2000;14(1-2):12-6.
22. Altadill Arregui A.; Gómez Alfonso, C.: Epidemiología de la fractura de cadera en Asturias. Med Clin 1995; 105:281-6.
23. Perera Rodríguez NR, Pérez Guerra E, Pérez García TJ, Ramos Díaz O. Incidencia de las fracturas de cadera en la provincia de Sancti Spíritus. Rev Cubana Ortop Traumatol 2002; 16(1-2):44-77.