



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

MAESTRÍA EN ENFERMERÍA

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

REPERCUSIÓN DEL PROGRAMA
EDUCATIVO A LOS FAMILIARES SOBRE
CUIDADOS EN EL HOGAR DEL ADULTO
MAYOR CON CIRUGÍA DE CADERA EN EL
INR

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE

MAESTRA EN ENFERMERÍA
ADMINISTRACIÓN EN EL CUIDADO
DE ENFERMERÍA

P R E S E N T A
MARIA ELENA FERNÁNDEZ JAIMES

DIRECTORA DE TESIS: DRA. SILVIA CRESPO KNOPFLER

México, D. F. a 7 de septiembre del 2010



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

RESUMEN

Introducción. Las fracturas son por lo general el resultado de una caída. Desde el punto de vista epidemiológico, este fenómeno es la causa principal de fractura de cadera en el Adulto Mayor, el 88% es por una caída. Este padecimiento crónico, altera la calidad de vida de los pacientes por imponer limitación funcional, creando una dependencia para desarrollar las actividades de la vida diaria tanto básicas como instrumentales. La intervención educativa en los cuidadores primarios presupone una oportunidad para evitar las complicaciones en el hogar después del alta por cirugía de cadera.

Objetivos. Diseñar un programa de intervención educativa para los cuidadores primarios sobre la atención en casa a pacientes adultos mayores con cirugía de cadera para disminuir complicaciones.

Hipótesis. Un programa educativo que es transmitido por el profesional de Enfermería al cuidador primario repercute en evitar complicaciones, al adulto mayor con cirugía de cadera en el hogar.

Metodología. El estudio fue de tipo cuantitativo, explicativa y cuasi experimental y longitudinal, la muestra fue probabilística de 60 pacientes; los instrumentos utilizados fueron probados en el ámbito nacional e internacional con el adulto mayor; se realizaron seis intervenciones demostrativas en el servicio con cuidador primario en sesiones de 2 horas, además de proporcionar a los mismos un Manual para la atención del paciente con fractura de Cadera en el Hogar realizada en la presente investigación y se realizó consultas de seguimiento de complicaciones en el paciente al egreso, a las dos y seis semanas, tanto al paciente como al cuidador en los casos y controles.

Resultados. Se aplicaron estudios descriptivos e inferenciales que en concreto establecen que entre el grupo de control y de casos se presenta un grado de significancia .000 en la mayoría de las complicaciones de .000, entre casos y controles, al observar una disminución de complicaciones en los casos en estudio.

I Marco teórico

APORTACIONES TEÓRICAS E
INVESTIGACIONES REALIZADAS

I Marco conceptual

Capítulo 1. Aspectos socio demográficos en México del adulto mayor.

1.1. El envejecimiento demográfico en México:

El acelerado crecimiento demográfico de adultos mayores en México, ha requerido un aumento en la demanda de los servicios de salud. De los cuales 7.8 millones son personas mayores de 65 años según cifras de la CONAPO, en el Distrito Federal reporta el INEGI una población de 8, 720,916 habitantes, de los cuales, 596,210 son adultos mayores. Para el año 2050 se espera 27.8 millones de adultos mayores uno de cada cuatro mexicanos contará con 65 años o más^{1,2}.

Teniendo una esperanza de vida de 72.4 años para los hombres y 77.4 años para las mujeres³. Con más adultos mayores viviendo más tiempo, las enfermedades crónicas se hacen presentes así como la prevalencia de accidentes (la causa más frecuente es la caída, generando afección en miembros inferiores, particularmente la fractura de cadera) y violencia por grupos de edad^{4, 5, 6}.

1.2. La salud en el proceso de envejecimiento.

En las consideraciones de lo que implica ser viejo destacan las condiciones de salud, siendo uno de los efectos del envejecimiento, que se asocia con una mayor demanda y utilización de servicios de consulta externa, hospitalización, rehabilitación y apoyo social.

El proceso de envejecimiento demográfico provocará también que la dimensión absoluta de la población discapacitada aumente rápidamente, aún cuando las tasa de discapacidad no se modifiquen en el futuro. Una proyección conservadora prevé que el número de adultos mayores con algún tipo de deterioro funcional crecerá de 2 millones 1998 a 3.6 millones en el 2010⁷.

Sobre la base de Encuestas sobre Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE), la cual se aplicó a adultos mayores en la Ciudad de México; el estudio reporta que la proporción de adultos mayores que declara tener dificultad en algún tipo de actividad funcional de la vida diaria (AFVD) es del 19%, de ellos el 38% recibe ayuda; en las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) el 28% declaró tener dificultad, recibiendo ayuda el 84%.

En el estudio denominado Ingreso y el bienestar de la población de edad media y avanzada en México, realizado en el año 2003, el 6,9% de la población masculina y el 8% de la femenina sufría una o más dificultades con las actividades de la vida diaria (caminar, bañarse, comer, acostarse, usar el excusado). Por otra parte, el 19% de los hombres y el 11,2% de las mujeres tenían una o más dificultades con las actividades instrumentales de la vida diaria (preparar alimentos, tomar medicamentos, manejar dinero).

Asimismo, si sólo 0,41% de los más jóvenes (60-64 años) se encuentra paralizado en cama, esto es diez veces más frecuente (4,65%) entre los nonagenarios. El grado de dependencia para las actividades básicas de la vida diaria, se ve con frecuencia comprometido. En cuanto a estas actividades básicas del diario vivir, por ejemplo, 0,68% de los casos no puede de ninguna manera salir de la cama y es, por ende, totalmente dependiente de una tercera persona para sobrevivir. Otro 6,13% puede moverse en su habitación, pero necesita ayuda para bañarse y vestirse lo cual todavía permite considerarlo como altamente dependiente. Un número importante de mujeres (23,4%) cuenta con alguna dificultad para el desempeño de estas actividades en comparación con los hombres (17,5%)⁸.

En promedio, 7,06% de los mayores tiene necesidad de ayuda en al menos una de las actividades básicas de la vida diaria y depende en consecuencia de una tercera persona para subsistir.

Las actividades instrumentales requieren de habilidades de mayor complejidad para su ejecución. Desde este punto de vista las incapacidades son, en consecuencia, más frecuentes. Algunas actividades instrumentales como cortarse las uñas de los pies son particularmente difíciles pues ya a los 60-64 años un 18% necesita auxilio para lograrlo. Para tomar sus medicamentos y manejar dinero las frecuencias de incapacidad por edad son semejantes, casi la totalidad de los jóvenes viejos las realizan, en tanto que sólo la mitad de los más ancianos aún son capaces de hacerlo⁹.

En el envejecimiento se presenta un aumento de la vulnerabilidad, es decir, una reducción de los mecanismos de reserva del organismo, por lo que su longevidad va acompañada de un incremento en la incidencia y duración de enfermedades crónicas, aunado al crecimiento de la dependencia social y la fragilidad financiera de los esquemas de pensiones, situación que lleva a un aumento progresivo de los gastos sociales y sanitarios. Por eso se prevé un incremento sustancial y progresivo de las necesidades asistenciales de los más longevos.¹⁰

Como consecuencia, una parte importante de los adultos mayores dependen, de manera parcial o exclusiva, del apoyo informal prestado principalmente por la familia.

1.3. Estrategias para el acelerado incremento demográfico.

La Política Nacional del Adulto Mayor, también propone incentivar acciones de promoción, prevención y atención curativa a favor de la mejora y mantenimiento de las condiciones de auto valencia en los Adultos Mayores.

De ésta manera con la propuesta de un envejecimiento saludable y activo, se deja atrás el antiguo paradigma que tendía a considerar a las personas

mayores como una carga y no como recursos capaces de contribuir al desarrollo y al fortalecimiento de la familia y la sociedad.

Si se hace alusión a la recomendación de la Organización Mundial de la Salud (O.M.S) en el 2002, de reconocer las características y problemas del envejecimiento, se debe considerar el envejecimiento como un proceso natural y universal que afecta de manera distinta a cada persona, se acentúa en las últimas décadas de la vida y su característica principal, está dada por el requerimiento de más tiempo para adaptarse a un cambio biológico, psicológico ó social¹¹.

Estos cambios determinan la capacidad de funcionar ó funcionalidad de los adultos mayores, que para la O.M.S, representa el principal parámetro determinante del estado de salud entre los envejecidos, midiendo su estado de salud no en términos de déficit, sino de “mantención de la capacidad funcional”, de ésta manera al momento de evaluar el estado de salud de los adultos mayores, la funcionalidad juega un papel primordial¹².

La Funcionalidad se conceptualiza, como 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 (cognitivo y afectivo) y social. Existiendo el adulto mayor funcionalmente sano, ó capaz de valerse por sí mismo y aquel adulto mayor, funcionalmente alterado, ó con dificultades para valerse por sí mismo¹³.

Esta capacidad de llevar a cabo las actividades necesarias para lograr el bienestar puede disminuir si algún trastorno, enfermedad crónica o lesión limita las aptitudes físicas o mentales, teniendo consecuencias importantes en el trabajo, la jubilación y las necesidades de atención a largo plazo.

Por lo tanto, se hace imprescindible, mantener ó recuperar la funcionalidad, situación que radica principalmente en el riesgo de caer en discapacidad y dependencia. La discapacidad, según el enfoque actual de

la O.M.S, se refiere a un término genérico, de carácter universal que incluye deficiencias (anormalidad ó pérdida de una estructura ó función corporal), limitaciones en la actividad (dificultad) y restricciones en la participación. A su vez, dentro del contexto de las condiciones de salud, como es el envejecimiento, la dependencia es un atributo inseparable de la discapacidad, en la que interviene el factor contextual de “ayuda” ó reforzamiento funcional, para realizar una determinada actividad¹⁴.

Para lograr una mejoría de la Funcionalidad, disminuyendo las discapacidades y evitando la aparición de dependencias, los servicios sanitarios deberán elaborar programas de promoción de salud para los adultos mayores, que les permitan mejorar al máximo sus posibilidades de autonomía, buena salud y productividad. Por consiguiente, la meta de las políticas públicas sobre el envejecimiento deberá concentrarse en diferentes, intervenciones y propuestas que puedan aumentar la esperanza de vida sin discapacidad¹⁵.

Ya en 1981 la Organización Panamericana de la Salud, instaba a promover la salud y el bienestar de las personas de edad, con la elaboración de programas integrales para satisfacer sus necesidades.

Estos programas básicamente se apoyan en actividades de auto cuidado, que una vez que el adulto mayor adopta, como parte de su vida, pueden evitar la discapacidad y el declive funcional determinantes de su estado de salud¹⁶.

Capítulo 2. Adulto Mayor

2.1. Concepto de Adulto Mayor y vejez

La Organización Panamericana de la Salud define como “Adultos Mayores” a la población mayor de 60 años. Para muchas personas la

vejez es un proceso continuo de crecimiento intelectual, emocional y psicológico.

Es un período en el que se debería gozar de los logros personales y contemplarse los frutos del trabajo personal, útiles para las generaciones venideras. El envejecer es un proceso dinámico, gradual, natural e inevitable. Este proceso es impreciso, en el cual nos damos cuenta por el reconocimiento de nuestro cuerpo cambiante, del espejo, de la mirada del otro y de la exclusión de la sociedad en la mala interpretación del proceso productivo¹⁷.

La etapa de la vejez comienza alrededor de los 65 años y se caracteriza por un declive gradual del funcionamiento de todos los sistemas corporales. Por lo general se debe al envejecimiento natural de las células del cuerpo¹⁸.

A diferencia de lo que muchos creen, la mayoría de las personas adultas mayores conservan un grado importante de sus capacidades, tanto físicas como mentales, cognitivas y psíquicas.

2.2. Que es envejecimiento

Las definiciones abundan respecto al envejecimiento se tomaran en esta investigación las siguientes:

-El envejecimiento o senescencia es el conjunto de modificaciones morfológicas, bioquímicas, sociales, psicológicas, funcionales y fisiológicas que aparecen como consecuencia de la acción del tiempo sobre los seres vivos, que supone una disminución de la capacidad de adaptación en cada uno de los órganos, aparatos y sistemas, así como de la capacidad de respuesta a los agentes lesivos que inciden en el individuo.

- Fairweather menciona que envejecer es el conjunto de procesos que contribuyen a incrementar progresivamente la tasa de mortalidad

específica para la edad en una población que vive en condiciones ideales para su supervivencia.

-Kane se refiere al envejecimiento en un proceso universal, dinámico, acumulativo, irreversible con componentes físicos, psíquicos y sociales.

Reconocemos, además que el envejecimiento no tiene una causalidad única y que no es una enfermedad ni un error evolutivo.

En busca de caracterizar al envejecimiento, se contrastan las características de personas en edades cronológicas avanzadas con aquellas de menos edad¹⁹.

Un modelo descriptivo del envejecimiento señala primero una trayectoria de crecimiento y ascenso, seguida de cambios endógenos y exógenos que gradualmente limitan el desarrollo y la capacidad de supervivencia; dentro de estos elementos destacan las enfermedades, la nutrición, los estilos de vida y los errores metabólicos, los cuales no sólo actúan en las edades avanzadas, sino que intervienen desde los inicios de la vida y participan en el tipo de vejez posterior.

Tomando los conceptos de fragilidad y dependencia, donde en última instancia, no es la muerte lo que preocupa, sino la calidad de vida frente a las incapacidades y el deterioro funcional²⁰.

La edad efectiva de una persona puede establecerse teniendo en cuenta diversas consideraciones que nos permiten diferenciar cuatro tipos de edades: edad cronológica, edad fisiológica, edad psíquica y edad social²¹.

2.3. Cambios fisiológicos musculoesqueléticos del envejecimiento

Composición Corporal

Este es uno de los parámetros que más se altera en el envejecimiento; a los 25 años el porcentaje de grasa corporal es de 15%, y esto va aumentando con la edad, a los 75 años es el doble con respecto a los 25 años. Esta acumulación de grasa se localiza principalmente al nivel del abdomen en el varón y en la pelvis y mamas en la mujer, en cambio el tejido celular subcutáneo disminuye. Igualmente, el agua corporal total disminuye con el envejecimiento, sobre todo a expensas del agua intracelular; de ahí que tengamos una disminución de la turgencia de la piel. Igualmente la mayoría de nuestros tejidos van a disminuir en el número de células, por consiguiente va a haber una disminución de su peso; eso sucede también en la masa ósea, que se va perdiendo progresivamente, y esto es más acelerado aún en las mujeres, llegando a una pérdida del 20%, en las mujeres²².

Capítulo 3. Adulto Mayor con fractura de cadera y sus complicaciones.

3.1. El Adulto Mayor con fractura de cadera

Las fracturas de cadera en el anciano representan, hoy día, un grave problema sanitario debido al aumento exponencial que tales fracturas han experimentado durante los últimos años.

La fractura de cadera, resulta de gran interés, ya que crea un problema de importancia asistencial, de gestión hospitalaria económico, social y sanitario. Además, es causa de una mortalidad elevada.

La enfermedad osteoporótica muestra una incidencia y una prevalencia elevadas, y es la enfermedad ósea metabólica más frecuente y, sin duda alguna, el proceso determinante de mayor importancia en la producción

de fracturas en las personas mayores de 50 años. Su frecuencia va en aumento de forma paralela al incremento de la expectativa de vida de la población mayor de 65 años. La evolución de la pirámide etaria, gracias al aumento de la expectativa de vida y a una mejor protección de la salud de los países, coloca en un primer plano la osteoporosis.

La involución producida por la edad disminuye la coordinación neuromuscular, la visión, la audición y los sistemas de alerta autónomos. Otras comorbilidades y la disminución de la capacidad cognitiva disminuyen el estado reactivo ante la marcha y el desequilibrio. El aumento de la utilización de fármacos en los ancianos, especialmente los psicótropos, altera aún más estas discapacidades y coloca al adulto mayor que padece osteoporosis en una situación de equilibrio inestable facilitando la caída y la fractura.

Epidemiológicamente, las fracturas más frecuentes del anciano y las relacionadas con la fragilidad ósea por la osteoporosis son: las vertebrales, las del radio distal, las de la cadera, las del tercio proximal del fémur y las del húmero proximal, fundamentalmente en mujeres (60-70%).

La incidencia en la escala mundial, en 1990 la incidencia de fracturas de cadera se estimaba en 1.700.000 casos, con una incidencia para las mujeres del 70%. La evolución de la pirámide etaria hace estimar un crecimiento constante de las fracturas de cadera, y se considera que en 2050 alcanzará la cifra de 6.300.000 casos, aunque el aumento de la incidencia repercutirá de forma especial en los continentes asiático y africano, por la adquisición de estilos de vida y hábitos occidentales (aumento del consumo de alcohol, tabaco, sedentarismo, etc.)²³.

Este problema ha ido aumentando desde hace varios años y ha sido denunciado ya por la Academia Americana de Cirujanos Ortopédicos, en el Congreso de 1989 en San Francisco, que ha dicho que las fracturas de cadera del anciano son una epidemia que está llegando y la de más importancia epidemiológica del futuro. Actualmente, en la Comunidad

Europea se estima un aumento del 135% de fracturas de cadera en los próximos 50 años, y para 2050 se esperan, según Melton, más de 6 millones de fracturas de cadera en el mundo y más de 1 millón en Europa.

3.2. El adulto mayor dependiente.

Como consecuencia de los cambios degenerativos propios en los adultos mayores o puede ser provocada por alguna enfermedad, presentan deficiencias en la capacidad para realizar las actividades de la vida cotidiana, que los obligan a requerir ayuda, lo cual los coloca en diversos grados de dependencia, que afecta el bienestar físico, mental y social y su calidad de vida.

La mayor expectativa de vida y el consecuente aumento del grupo de adultos mayores incrementarán el número de años de dependencia e incapacidad de sus miembros, que deberán contar con recursos personales, familiares y sanitarios para atender sus necesidades de salud. Las personas que brindan apoyo al adulto mayor dependiente no siempre están dispuestas o preparadas para brindar el cuidado necesario. La falta de atención oportuna y eficaz al adulto mayor lo conduce al deterioro gradual, y a un devenir en su salud, enfermedad, hospitalización y rehabilitación; lo que conlleva detrimento de la economía y la salud familiar con trascendencia para el sistema de salud.

El significado de *“persona dependiente”* según el Consejo de Europa (1998) hace referencia a la dependencia, señalando que esta sería: “el estado en que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o la pérdida de capacidad física, psíquica o intelectual tienen necesidad de asistencia o ayudas importantes para realizar las actividades de la vida diaria”.

La Organización Mundial de la Salud en su clasificación internacional de deficiencias, actividades y participación, definía la dependencia como: “la restricción o ausencia de capacidad para realizar alguna actividad en la

forma o dentro del margen que se considera normal; entre las actividades observadas se encuentran las actividades de la vida diaria (asearse, vestirse, comer y beber y cuidar del propio bienestar), preparar la comida y cuidar de la vivienda, así como participar en la movilidad”.

El Consejo de Europa (O’Shea, 2003) en donde se apunta el siguiente concepto: “Dependencia es un estado en que las personas, debido a la falta o la pérdida de autonomía física, psicológica o mental, necesitan de algún tipo de ayuda y asistencia para desarrollar sus actividades de la vida diaria. La dependencia podría también estar originada o verse agravada por la ausencia de integración social, relaciones solidarias, entornos accesibles y recursos económicos adecuados para la vida de las personas mayores”²⁴.

Recientemente, un interesante trabajo de Querejeta (2004), se alude precisamente a los problemas conceptuales más frecuentes con relación a la dependencia. Como señala este autor, no se identifica casi nunca y de forma clara, la relación de la dependencia con la discapacidad ya que el término persona con discapacidad, no implica necesariamente el depender de otra persona para llevar a cabo las AVD, y no será más que cuando la discapacidad sea definida como severa o total, cuando podremos hablar de rasgos de dependencia, y aún así, el término puede resultar confuso, por cuanto que: aún a pesar de padecer una discapacidad severa, se puede “ser dependiente” para algunas actividades, mientras que para otras no sucede así. Por tanto: a) la discapacidad, es un atributo inseparable de la dependencia; b) la discapacidad es un atributo inseparable de la dependencia, pero pueden existir diversos grados de discapacidad sin que exista dependencia. El autor especifica de este modo el constructo “dependencia”.

Dependencia = limitación en la actividad + ayuda

Por lo tanto se puede concluir que la dependencia, para señalar las dificultades que pueden afectar a una persona, para hacer frente de forma adecuada a las actividades de la vida diaria, de tal forma, que den lugar a

una situación que requiera de la ayuda de otras personas, para lograr o alcanzar una mínima calidad de vida.

La dependencia funcional del adulto mayor se define como la dificultad para realizar una o más de las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD): comer, lavarse, vestirse y desvestirse, arreglarse, deposiciones, micción, uso del retrete, trasladarse, deambular y subir y bajar escalones.

Existen varias escalas para medir la capacidad funcional; para esta investigación se utilizó la escala del índice de Katz que es un instrumento que evalúa aspectos de las actividades de la vida diaria de los pacientes que han perdido su autonomía y el proceso de recuperación, surgió en 1959 con el ánimo de delimitar y definir el concepto de dependencia en sujetos con fractura de cadera, es probablemente la escala mas utilizada. Mide dependencia de otros y pretende ser jerárquica, permitiendo categorizar en niveles de dependencia (A-B-C). El índice de Katz tiene 6 temas ordenados jerárquicamente según la forma en la que los enfermos pierden y recuperan las capacidades la cual se utilizara para este estudio^{25, 26, 27}.

Un componente importante del cuidado de Enfermería es la prevención con intervenciones educativas en el contexto familiar; para disminuir la dependencia del adulto mayor al cuidador primario.

3.3. Las complicaciones en el adulto mayor que se pueden presentar con cirugía de cadera.

Se mencionaran las que se estudiaron en esta investigación, empezaremos por una de las principales que es la alteración en la marcha, provocando con esto un deterioro de la movilidad física²⁸, por ende dependencia. El deterioro de la movilidad es una de las complicaciones que tiene como consecuencias, dificultad para el autocuidado, mayor dependencia en las actividades de la vida diaria, mostrándose estas como predictores de institucionalización, mayor necesidad de cuidados domiciliarios, mayor tasa de ingresos²⁹, por lo tanto es de suma importancia realizar un cuidado enfermero con

programas enfocados a la movilización para mejorar tempranamente la movilidad³⁰, con esta complicación se derivan otras complicaciones como son el reposo prolongado dando con ello las úlceras por presión.

Las úlceras por presión se definen como toda lesión de la piel producida cuando se ejerce una presión sobre un plano o prominencia ósea, provocando un bloqueo del riego sanguíneo a este nivel; como consecuencia de lo cual, se produce una degeneración rápida de los tejidos³¹.

Otras de las complicaciones que se presentan son las infecciones de herida, luxación de material quirúrgico, problemas respiratorios, estreñimiento, trombosis venosa profunda, depresión, aumento del peso corporal, dolor, colapso del cuidador primario.

Capítulo 4. El cuidado al adulto mayor.

4.1. La ética del cuidado

Los profesionales de Enfermería estamos muy familiarizados con los valores, con el trato humano de enfocar a la persona en todo su aspecto holístico. Uno de los grandes retos de Enfermería es reflexionar sobre ese cuidado a los pacientes dependientes, cuando hay sufrimiento o se acerca la muerte, haciéndose presentes problemas económicos, familiares, y afectivos. El cuidado implica dar respuesta a todas estas dimensiones y exige conocer y poner a disposición de los adultos mayores y sus familiares la información de las redes de apoyo sociales y asistenciales.

La ética del cuidado se fundamenta en la relación con el otro y en las emociones. Exige ponerse en la piel del otro, explorar qué siente, qué piensa, escuchar atentamente y responder a sus necesidades con flexibilidad, aceptando sus diferencias.

Proporcionando calidez y asumir que en el cuidado, tan importante como la actividad a realizar, lo es en la forma en que se lleva a cabo.

Cuidar exige un compromiso con la persona y sensibilidad humana. Al humanizar cuando brindamos cuidado lo tenemos que hacer con valores de tomar en cuenta al Adulto Mayor dependiente, respetando sus decisiones.

4.2. La familia en el cuidado al adulto mayor.

En México el aumento en la esperanza de vida experimentado en los últimos años, ha conducido a un progresivo envejecimiento de la población, que comporta un incremento importante de enfermedades crónicas degenerativas, que en fases agudas se hace necesaria la hospitalización y continuidad de cuidados en casa, En este sentido la familia es un soporte fundamental para el cuidado durante la hospitalización y cuidados en casa³².

La familia es una unidad básica de la sociedad, motivo por el cual la atención de salud que se le proporciona debería considerarla como un todo³³, así como la información adecuada de cómo cuidar a un familiar dependiente

La experiencia de cuidar a otro es única, ya que son múltiples los aspectos que hacen que estas actividades difieran de cuidador a cuidador. Cuidar implica variadas acciones de prestación de ayuda, con el propósito de que la persona cuidada pueda desenvolverse en su vida diaria, ayudándola a adaptarse a las limitaciones que su enfermedad le impone. El cuidar depende de cada situación en particular: el por qué se cuida, a quién se cuida, la relación previa con la persona cuidada, la causa y el grado de la dependencia de ésta, la ayuda que prestan otros miembros de la familia, las exigencias que se marquen los cuidadores, entre otros.

Cuidar a un enfermo que depende de la ayuda de otros para satisfacer sus necesidades es una de las experiencias más conmovedoras y satisfactorias. El cuidado se está convirtiendo en una experiencia común en la vida familiar.

Una gran parte de los cuidadores, pese a las dificultades a las que se enfrentan, terminan descubriendo la íntima satisfacción de ser útiles a sus familiares más próximos. También puede ser una de las experiencias más solitarias e ingratas. Por lo general, la familia es quien asume la mayor parte de cuidado de las personas enfermas³⁴.

En cada familia suele haber un cuidador principal que responde a las circunstancias de cada familia, sin que se haya llegado a ello por un acuerdo explícito entre los miembros de ésta. En la mayoría de las familias es una sola persona la que asume gran parte de la responsabilidad de los cuidados.

El cuidar de un familiar que es dependiente o enfermo, cambia la dinámica de los seres humanos, por que los enfrenta a la imposición de nuevas metas que además son inesperadas, y afectan las satisfacciones personales tanto en lo psicosocial como en lo económico³⁵.

La definición *oficial* de cuidador se basa de manera casi exclusiva en los aspectos instrumentales del cuidado³⁶. Pero recientes estudios de investigación muestran que, a las tareas instrumentales del cuidado y de apoyo emocional al paciente, se suman otras de vigilancia médica, de administración de medicación, de manejo de síntomas y crisis médicas y de operar tecnología como bombas de infusión, sueros intravenosos y ventiladores mecánicos³⁷.

Si bien las principales cuidadoras de enfermos son las mujeres: madres, hijas, esposas, hermanas, es importante el aporte de los hombres en su rol de esposos, hijos, hermanos o padres cuando se trata de apoyo secundario en relación al cuidado directo del enfermo, realizar tareas del hogar o fuera de éste³⁸.

Es común que sean las mujeres quienes se encarguen de este tipo de actividades, a pesar de que en los últimos 25 años se han dado notables cambios en la estructura y composición de los hogares mexicanos.

Lo anterior es resultado, entre otras cosas, de la mayor participación femenina en el mercado laboral (formal e informal) y de un incremento en su acceso a oportunidades de educación, todo lo cual ha generado cambios en la composición de la estructura familiar tradicional y en la distribución de las tareas y responsabilidades entre los miembros del hogar³⁹.

Por otra parte, la reducción de las tasas de fecundidad, el retraso en la primera unión y el aumento de hogares sin hijos o monoparentales, son cambios que afectarán en el mediano y largo plazo la disponibilidad de personas en el hogar que dediquen tiempo al cuidado de enfermos y discapacitados⁴⁰.

El cuidado en la casa es hoy en día una actividad compleja que, además, trasciende la realización de actividades en el hogar, teniendo tres componentes críticos de cuidado familiar: la comunicación, la toma de decisiones y la reciprocidad⁴¹.

Por lo tanto el cuidado familiar es complejo, va más allá de realizar tareas cotidianas, lo cual es importante realizar investigaciones que sirvan de apoyo para formar cuidadores en el cuidado de los adultos mayores.

4.3. Los cuidados que proporciona el cuidador primario

Cada vez son mas las personas que cuidan a un familiar que requieren cuidados en el hogar. Estos cuidados varían conforme a las necesidades de la persona cuidada, de la relación entre cuidador y persona enferma o dependiente, de la edad de ambos, de la disponibilidad del cuidador primario para cuidar, de la existencia o no de otras ayudas (familiares o instituciones).

El tipo de cuidados se centra en soporte emocional, apoyo en las actividades de la vida diaria e instrumentales, actividades para el sistema de salud formal y soporte económico⁴². La realización de los cuidados en el hogar la mayoría de la gente los aprende al realizar cuidados a través

de la experiencia, la cual adquirieron durante la hospitalización de su familiar⁴³, la información que obtuvieron por parte de los profesionales de la salud, y todo aquel conocimiento que adquirieron por propio interés.

Los cuidadores primarios pueden no contar con la formación, información y habilidades suficientes para cuidar a la persona mayor, pueden estar agotadas física y/o emocionalmente, pueden haberse habituado como mecanismo psicológico de autodefensa a la precariedad en los medios y en los cuidados, o pueden no contar con capacidades reales para cuidar, por falta de tiempo, de recursos económicos, de energías en función de la edad, etc. La mayor parte de los malos tratos se producen de forma no intencionada y pueden requerir de los profesionales mucho más apoyo que juicio moral⁴⁴.

El cuidado en la casa requiere que los cuidadores tengan destrezas y conocimientos cada vez más complejos⁴⁵, y a medida que la enfermedad avanza, las relaciones familiares van cambiando, aumentan las complicaciones de la enfermedad y el sufrimiento de quienes cuidan.

En este contexto el cuidar a un adulto mayor en el hogar, genera en el cuidador primario, angustia y temor por falta de conocimientos, habilidad y experiencia, lo que origina estados de nerviosismo y estrés por aumento de responsabilidades y cargas físicas, así como sentimientos contradictorios de exclusión, restricción de la libertad personal por el tiempo dedicado al cuidado, que sin duda impacta en la salud y en la dinámica familiar⁴⁶.

El cuidado en la casa es natural, en la medida en que es un cuidado que se espera que la familia asuma⁴⁷. No obstante, las características de las relaciones familiares y los sistemas de apoyo con los que cuenten harán del cuidado familiar una experiencia distinta.

Estos cuidados los menciona la literatura como cuidados informales⁴⁸, en los cuales están involucradas varias personas, las consecuencias que tienen para la salud y la importancia de su labor, hacen que el cuidado

familiar sea un asunto de salud pública, pero en particular de la Enfermería; lo cual es necesario elaborar un programa de cuidados que pueda aplicar el cuidador primario en casa, para mejorar la calidad de vida de ambos, así como la enseñanza del cuidado en el hogar.

4.4. Los cuidados del profesional de enfermería al adulto mayor con cirugía de cadera

La asistencia y los servicios de apoyo para los Adultos Mayores dependientes, deberían respetar la integridad, autonomía y dignidad de las personas mayores y fomentar su participación e independencia.

Los profesionales de Enfermería somos los que tenemos que orientar sobre cuidado en casa al familiar y Adulto Mayor dependiente facilitando un bienestar.

Recordemos que nosotros somos los que estamos en mayor comunicación con los familiares y pacientes ya sea en la atención primaria, hospitalaria y comunitaria. Haciendo énfasis en esta última en donde tenemos que trabajar más, para fomentar la enseñanza del cuidado a través del familiar en el domicilio.

Los servicios de ayuda a domicilio destinados al Adulto mayor dependiente deberían desarrollarse localmente y por personal capacitado, de manera flexible y coordinada, en el marco de un amplio sistema de atención social y sanitaria. Debe establecerse un sistema dinámico, dirigido a una transición progresiva desde los cuidados ofrecidos en el propio domicilio a diferentes tipos de centros, que se ajuste a las necesidades y demandas cambiantes de los adultos mayores dependientes.

La atención primaria debería extenderse y coordinarse con la atención social y la secundaria contando con profesionales capacitados y expertos en los temas.

Muchas son las cosas que hay que mejorar en la asistencia sociosanitarias, pero en relación a los profesionales, quizás lo más apremiante y lo más difícil, sea intentar cambiar ciertas actitudes y hábitos que, amparados unas veces en la organización de las instituciones en que trabajan y otras en el corporativismo o en el siempre se ha hecho así, se siguen manteniendo, a pesar de que no estaríamos dispuestos a defenderlos públicamente.

Sabemos de la dificultad de llevarlos a la práctica de Enfermería pero serán prescindibles los conocimientos y las habilidades de comunicación para generar la voluntad de querer cambiarlos y para ello se precisa una reflexión personal y la deliberación de otros.

Los conflictos de valores aparecerán con frecuencia en la asistencia de los adultos mayores, sobre todo al final de la vida.

Para abordarlos desde una ética responsable, se tienen que analizar tanto los principios morales, como las consecuencias de las decisiones que tomamos.

Es importante reflexionar y analizar sobre nuestro quehacer diario, preguntarnos antes de actuar, sobre nuestros propio prejuicios hacia los adultos mayores, cómo nos comportamos en momentos concretos, cual es nuestro grado de compromiso en su cuidado, que valores están presentes en la relación y que tipo de relación mantenemos con ellas, si nos quedamos en una relación meramente contractual o si avanzamos hacia una relación basada en la confianza, el cuidado sólo puede sustentarse en relaciones en las que exista confianza mutua.

Capitulo 5. Aprendizaje del cuidado en el hogar al adulto mayor.

5.1 Cuidar/cuidados.

Cuidar es una actividad humana que tiene un componente no profesional. Se habla del cuidado formal el que proporcionan los profesionales de la Enfermería, y del cuidado informal o familiar, que es el que brindan los familiares, allegados y amigos⁴⁹.

Cuidar es ante todo, un acto de vida en el sentido que cuidar representa una infinita variedad de actividades dirigidas a mantener y conservar la vida y permitir la continuidad y la reproducción, es decir "todo lo que ayuda a vivir y permite existir" dice Collière⁵⁰. Los cuidados por tanto, se dirigen a todo lo que estimula la vida. Promover la vida no consiste solo en quitar el mal sino en ayudar a las personas, familias o comunidades a que desarrollen todas sus capacidades para responder a los cambios en salud.

Cuidar es un acto individual que se da a uno mismo cuando adquiere autonomía, pero también es un acto de reciprocidad que se tiende a dar a cualquier persona que, temporalmente o definitivamente, requiere ayuda para asumir sus necesidades vitales⁵¹.

Cuidar y cuidado existen en el seno de la vida misma y sin ellos no sería posible su mantenimiento y desarrollo. Los cuidados representan un conjunto de actividades que aseguran la continuidad de la vida: beber, comer, eliminar, levantarse, moverse, desplazarse, desarrollarse emocionalmente, entretenerse, etc. La evolución de los cuidados que son proporcionados por otra persona que no sea uno mismo, es inversamente proporcional a la curva de la edad. Es decir, en edades muy tempranas los cuidados requeridos son muy elevados y van disminuyendo conforme la persona crece en edad, incrementándose de nuevo a medida que la persona envejece, que requiere cuidados, bien sea por parte de la familia o de los profesionales.

Enfocándonos en el cuidado informal este tipo de cuidado conecta al que cuida con el que es cuidado. Su importancia reside en la presencia constante y no en la competencia técnica. Es una clase de relación

constituida por una disposición genuina para con el otro, reciprocidad y el compromiso de promover el bienestar del otro^{52,53}.

Este tipo de cuidado informal está estrechamente implicado con el amor⁵⁴ o interés emocional por quien recibe el cuidado y el aspecto práctico del trabajo de cuidar a otro, es decir es un vínculo de parentesco afectivo-amoroso por la persona que se está cuidando y es de crucial importancia en el cuidado⁵⁵.

De la Cuesta lo menciona como un cuidado artesanal, en donde los cuidadores emplean cuatro estrategias: una las artimañas del cuidado; dos, el diseño de un sistema de comunicación; tres, la construcción de una infraestructura para el cuidado, y cuatro, la construcción de sí mismo como cuidador.

El cuidado se desarrolla en un terreno inestable y en un contexto general de incertidumbre y contingencias, pero a pesar de esto los cuidadores cuidan hasta el final y con ello preservan la vida de sus familiares, en base en una relación humana.⁵⁶

Por ello, al cuidar es acompañar a la persona en sus experiencias de vida. El desafío para el profesional de Enfermería, es formar cuidadores enfocados al cuidado que brindan en el hogar, con bases teóricas y al mismo tiempo el auto cuidado.

5.2 Enseñanza Situada.

El aprendizaje constituye una interacción entre el conocimiento previo albergado en su estructura cognitiva y las nuevas informaciones que recibe el ser humano.

El hombre desde su nacimiento hasta el final de su ciclo evolutivo y en las diferentes etapas de la vida, basa su desarrollo sano y su aprendizaje a través de la socialización dentro de la familia, la comunidad a la que pertenece y donde alcanzará su adultez y el medio ambiente tanto físico

como social, lo que le imprime vital importancia a la educación para la salud desde que el individuo nace creando las condiciones de un sano desarrollo en los diferentes círculos de relación en los que se va desarrollando, acompañado de su familia y ambiente.

El aprendizaje se definirá como un cambio en la conducta, en la actitud o una destreza, es posible medirlo observando los cambios producidos en las personas que aprenden⁵⁷.

Para esta investigación se aplicara el modelo de Enseñanza Situada, que se basa en un aprendizaje de conocimiento y habilidades, en el contexto, que se aplica a situaciones cotidianas reales. Este aprendizaje tiene lugar en y a través de la interacción con otros, en un contexto de resolución de problemas que es auténtico, más que descontextualizado.

El aprendizaje se produce a través de la reflexión de la experiencia, a partir del diálogo con los otros y explorando el significado de acontecimientos en un espacio y tiempo concreto.

El aprendizaje situado considera que la construcción social de la realidad se basa en la cognición y en la acción práctica que tiene lugar en la vida cotidiana. Destaca la importancia de los ambientes y de la expresión hablada y reconoce la importancia de las situaciones informales de enseñanza.

El aprendizaje situado es:

1. Un aprendizaje social más que un aprendizaje individual.
2. Un aprendizaje basado en herramientas más que un aprendizaje independiente de herramientas.
3. Un aprendizaje ocupado en los objetos más que un aprendizaje dependiente de símbolos.
4. Un aprendizaje basado en una situación específica más que un aprendizaje teórico.

El aprendizaje situado integra cuatro factores críticos que maximizan el aprendizaje potencial del alumno:

1. Satisfacción
2. Contexto
3. Comunidad
4. Participación

Si bien el aprendizaje situado, la construcción del conocimiento en interacción cognitiva individual y social y en relación con un contexto real de aplicación, se asocia mayormente a la enseñanza de adultos.

El aprendizaje se debe apoyar en la actividad y en el desarrollo de destrezas personales del individuo, que pueda tomar decisiones en circunstancias reales y/o transferir el aprendizaje a la realidad. Y a su vez poder ir evaluando para potenciar los aspectos positivos y descartar los negativos, disminuir así el grado de incertidumbre⁵⁸.

5.3. El aprendizaje en los adultos y adultos mayores.

Es sumamente importante reconocer que en el envejecimiento normal se producen modificaciones que deben considerarse al planificar cualquier actividad educativa. Los cambios en los órganos de los sentidos, afectan especialmente las funciones de la visión y la audición, condiciones que pueden limitar cualquier proceso de aprendizaje. A mayor dificultad para ver y escuchar, menor probabilidad de éxito.

En cuanto a la memoria, la información inmediata se capta con mayor lentitud, es más difícil recuperarla y puede haber problemas con el recuerdo y la evocación. En el campo de la inteligencia, se describen deficiencias en el procesamiento de la información, disminución en la inteligencia fluida la que se refiere a la capacidad para resolver nuevas situaciones y se mantiene estable o aumenta la cristalizada la que se relaciona a la acumulación de experiencias y conocimientos adquiridos

durante toda la vida. En relación al lenguaje se observa que puede mejorar el vocabulario y en algunos casos declina la fluencia verbal.

El estado afectivo es otro elemento a considerar: se observa en los adultos mayores mayor cautela, conformismo y aceptación. Finalmente, tres aspectos importantes que no pueden obviarse: la percepción está disminuida al igual que el tiempo de reacción, y se enlentece la velocidad de procesamiento de la información⁵⁹.

Todos reconocemos la importancia de la memoria para el aprendizaje, pero hay que puntualizar que ésta no es una función aislada y que en ella intervienen diversos factores como la atención, la motivación y el estado de ánimo.

Hay siete principios metodológicos sobre los que se engranan los aprendizajes y la acción docente en relación con las personas mayores:

- Aprendizajes significativos: se parte de los conocimientos previos.
- Aprendizajes funcionales: que tenga aplicabilidad y funcionalidad.
- Actividad: que exista interacción entre el que enseña y el que aprende.
- Participación: presente durante todo el proceso.
- Aprendizaje autónomo: es intrínseco a la persona mayor.
- Aprendizaje cooperativo: es más efectivo el hecho de aprender con otros.
- Horizontalidad: alumno y profesor deben estar en plano de igualdad⁶⁰.

Los conceptos previamente expuestos coinciden en su totalidad con la teoría de la andragogía de Knowles, el cual se basa en los postulados de la necesidad de conocer, el auto-concepto, la experiencia del que aprende, la disposición y orientación para aprender, y la motivación. Los adultos mayores necesitan conocer la razón por la cual deben aprender algo antes de intentar hacerlo, de manera que la primera tarea del que

pretende enseñar es ayudar a que la persona tome conciencia de la necesidad de conocer y aprender⁶¹.

Por su parte Alcalá , afirma que la “Andragogía es la ciencia y el arte que, siendo parte de la Antropogogía y estando inmersa en la educación permanente, se desarrolla a través de una praxis fundamentada en los principios de participación y horizontalidad; cuyo proceso, al ser orientado con características sinérgicas por el facilitador del aprendizaje, permite incrementar el pensamiento, la autogestión, la calidad de vida y la creatividad del participante adulto, con el propósito de proporcionarle una oportunidad para que logre su autorrealización”.

La Andragogía proporciona la oportunidad para que el adulto que decide aprender, participe activamente en su propio aprendizaje e intervenga en la planificación, programación, realización y evaluación de las actividades educativas en condiciones de igualdad con sus compañeros participantes y con el facilitador; lo anterior, conjuntamente con un ambiente de aprendizaje contextualizado en la realidad, determinan lo que podría llamarse una buena praxis andragógica⁶².

El adulto es la persona entre 18 y 59 años de edad, en el cual se toma en consideración, el crecimiento ininterrumpido y permanente desde el punto de vista psicosocial y ergológico; por lo tanto, es una etapa de integración de diferentes perspectivas de desarrollo.

El conocimiento de los sujetos de esta etapa de la vida como destinatarios y participantes en los procesos educativos que van desde; entrenamientos ocasionales o en el trabajo, a nivel técnico y directivo, de crecimiento y enriquecimiento personal que promuevan la movilización social, el grado de alfabetismo y el desarrollo de la carrera.

Los adultos y los adultos mayores se sienten dispuestos a aprender cuando perciben que les será de utilidad práctica y a corto plazo; y finalmente, el elemento determinante en el aprendizaje siempre será la motivación.

En este contexto los adultos expresan sus particularidades, ellos “están conscientes de sus necesidades educativas que son lo suficientemente maduros como para seleccionar si buscan o no medios para educarse y en qué forma, que están adecuadamente experimentados a través de la vida y el trabajo; lo cual les permite razonar y aplicar conocimientos particulares a su rango de experiencia, para ser capaces de escoger cuándo y dónde estudiar y aprender, pudiendo medir los costos de dicho aprendizaje (costos, ya sea en términos de tiempo, dinero u oportunidades perdidas). Se asume que los adultos tienen tiempo limitado y que tienen que balancear las demandas de la familia, el trabajo y la educación. Igualmente se puede asumir que estos ya han adquirido un conocimiento propio y del mundo, suficiente para sobrevivir; aunque no puedan controlar su entorno a su gusto⁶³.

Las características fundamentales de los adultos que se manifiestan en un proceso de formación son:

1. **El auto concepto:** Necesidad psicológica para ser autodirigidos.
2. **La experiencia.** La experiencia acumulada sirve como recurso de aprendizaje y como referente para relacionar aprendizajes nuevos. Valiéndose de sus experiencias anteriores el participante puede explotar y/o descubrir su talento y capacidades.

La orientación adulta al aprendizaje se centra en la vida; por lo tanto, lo apropiado para el aprendizaje son situaciones reales para analizarlas y vivirlas de acuerdo con su proyecto personal de vida y las experiencias acumuladas; en estas circunstancias la formación cobra gran importancia si concuerda con sus expectativas y necesidades personales.

Unido a la experiencia, el adulto trata de conservar vivencias, conocimientos, creencias, paradigmas que les fueron útiles en un momento; pero que ya no lo son y, por lo tanto, se convierten en fuente de resistencia interna del individuo.

Dadas estas circunstancias, un requisito básico para el aprendizaje del adulto es el “desaprendizaje”.

“Desaprender es sencillamente eliminar lo que hemos aprendido que ya no nos sirve y dejar espacio para que lo que necesitamos aprender puede entrar en nuestro cerebro con facilidad. Para realizar esto, el ser humano debe darse la oportunidad de verse a sí mismo como el poseedor de un punto de vista sobre cualquier aspecto y desarrollar la conciencia de la existencia de muchos más puntos de vista que puedan ser tan o más válidos que el percibido por él. Esto obviamente exige el postergar el juicio crítico, lo cual no es una costumbre arraigada en la mayoría de los adultos, mucho menos cuando estos poseen un alto nivel intelectual; pues cuanto más ha invertido en aprender cierta información, mayor compromiso existe en defender esta información ante otra nueva. El desaprendizaje es un eslabón ubicado entre el aprendizaje y el reaprendizaje”⁶⁴.

3. **La prontitud en aprender.** Los adultos se disponen a aprender lo que necesitan saber o poder hacer para cumplir su papel en la sociedad. Ellos miran la formación como un proceso para mejorar su capacidad de resolver problemas y afrontar el mundo actual; de esta manera pueden desarrollar modelos de conducta en situaciones dadas que le faciliten su adaptación a circunstancias particulares en las que puedan encontrarse en un momento determinado como el cuidar en el hogar.
4. **La orientación para el aprendizaje.** La orientación de los adultos para el aprendizaje tiende a la búsqueda de la solución a los problemas que se le presentan en la vida real; con una perspectiva de buscar la inmediatez para la aplicación de los conocimientos adquiridos; cuyos objetivos responden a sus necesidades y expectativas⁶⁵.

Debe adicionarse que el adulto tiene un amplio bagaje histórico, social y cultural, como ente social integrado a formas de vida determinadas;

construye su propio conocimiento con ayuda del formador quien se convierte en un facilitador del aprendizaje si tiene en cuenta que los adultos “trabajan, no tienen tiempo, se cansan más rápido, están más motivados, no tienen hábitos de tomar notas ni de estudio y les gusta participar.

El aprendizaje adulto que según Cazau se basa en:

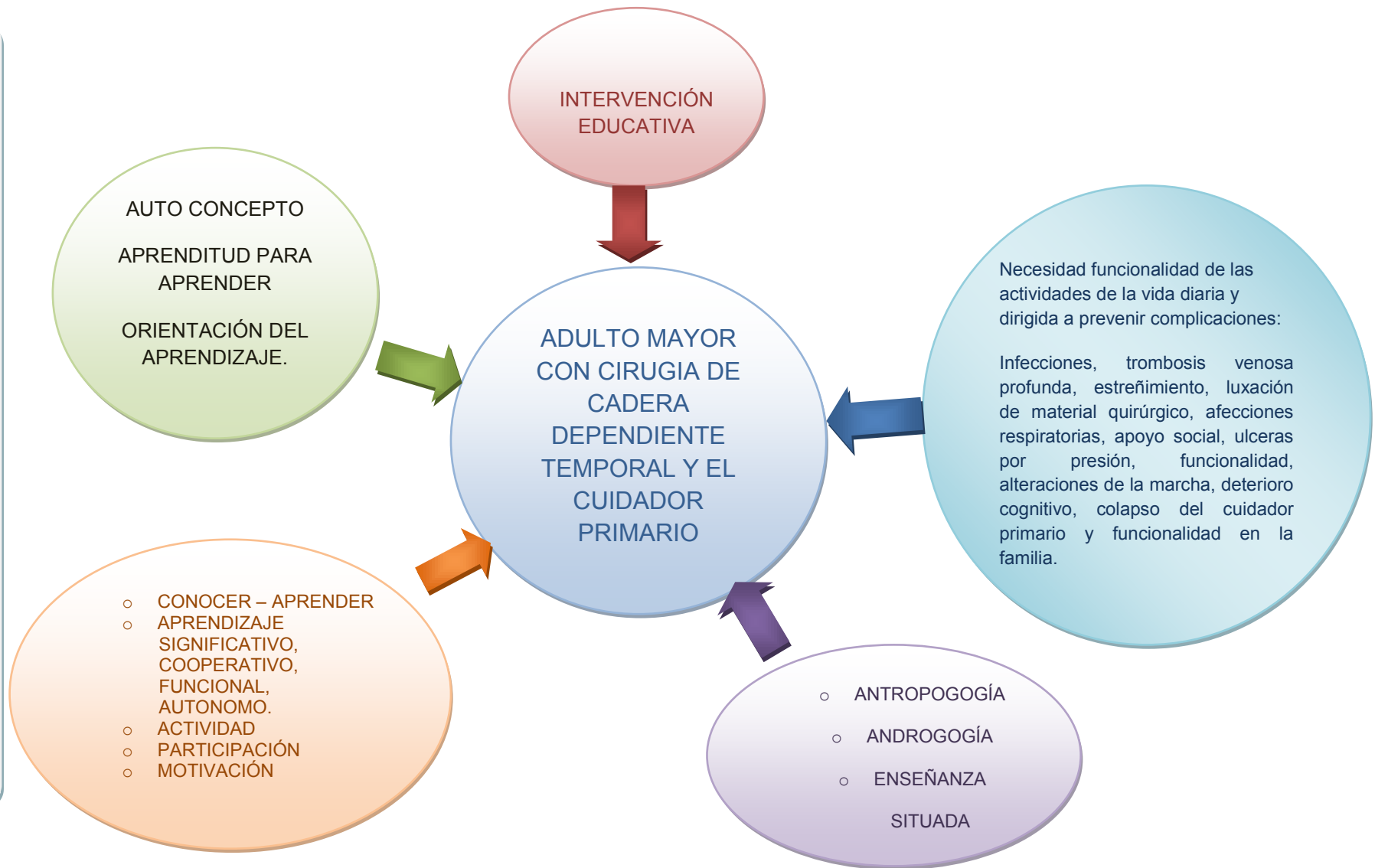
- Aprender a conocer. Desarrollar habilidades, destrezas, hábitos, actitudes y valores que le permitan al adulto adquirir las herramientas de la comprensión como medio para entender el mundo que lo rodea, comunicarse con los demás y valorar la importancia del conocimiento y la investigación.
- Aprender a aprender. Desarrollar habilidades, destrezas, hábitos, actitudes y valores que le permitan adquirir o crear métodos, procedimientos y técnicas de estudio y aprendizaje para que puedan seleccionar y procesar información eficientemente, comprender la estructura y el significado del conocimiento a fin de que lo pueda discutir, negociar y aplicar. El aprender a aprender constituye una herramienta que le permite al adulto seguir aprendiendo toda la vida.
- Aprender a hacer. De esta manera puede desarrollar sus capacidades de innovar, crear estrategias, medios y herramientas que le dan la posibilidad de combinar los conocimientos teóricos y prácticos con el comportamiento socio cultural, desarrollar aptitudes para el trabajo en grupo, la capacidad de iniciativa y de asumir riesgos.
- Aprender a ser. Que podemos comparar con el saber estar que se basa en el desarrollo de la integridad física, intelectual, afectiva y social; teniendo en cuenta las relaciones que establece con todo el entorno; tanto laboral como en la sociedad; y ética del sujeto en su calidad de adulto, de trabajador, como miembro de una familia, de estudiante, como ciudadano⁶⁶.

Kraft menciona que los adultos se comprometen a aprender cuando los métodos y objetivos se consideran realistas e importantes y se perciben con utilidad inmediata que tenga una implicación personal que deriva en desarrollo, autoconcepto, preocupación, juicios, autoeficacia. Desean tener autonomía y ser el origen de su propio aprendizaje, es decir, quieren implicarse en la selección de objetivos, contenidos, actividades y evaluaciones; se resisten a aprender en situaciones que creen que ponen en duda su competencia o sea impuesta. La motivación de los adultos para aprender es interna; lo que se puede hacer es animar y crear las condiciones que promuevan lo que ya existe en los adultos⁶⁷.

El aprendizaje adulto se fomenta mediante conductas y actividades de formación en las que se demuestre respeto, confianza y preocupación por el que aprende.

PROCESO DE ENSEÑANZA Y APRENDIZAJE DEL BINOMIO: ADULTO MAYOR CON CIRUGIA DE CADERA Y CUIDADOR PRIMARIO

CUIDADO ENFERMERO



Capítulo 6. Estado del arte:

6.1. Investigaciones.

- 1) Educación a familiares sobre el manejo del Adulto Mayor dependiente, Caballero, realizó este estudio por las complicaciones que genera los padecimientos crónicos como son úlceras por presión, alteración de la movilidad, depresión y una alta mortalidad. Se realizó un estudio de intervención en familiares de 102 pacientes dependientes, tuvo como objetivo general educar a los familiares sobre el manejo del adulto mayor dependiente y dar a conocer a los familiares los cuidados generales del anciano dependiente y del cuidador, comparar los conocimientos antes de la intervención y después de ella. De los cuales 10 eran de fractura de cadera. Es posible y necesario educar a los familiares sobre la atención a los ancianos. Con este programa obtuvieron una disminución en el impacto económico, social y familiar, mejorando la calidad de vida del adulto mayor⁶⁸.
- 2) Castillo y Cols. Implementación de un programa de apoyo al cuidador del anciano dependiente hospitalizado, realizaron esta investigación con la finalidad de mantener la relación cuidador-enfermo, proporcionar un bienestar al paciente dependiente. A medida que el anciano enferma aumenta su nivel de dependencia, creciendo la necesidad de cuidados, por ello es necesario formar al cuidador. Los objetivos de dicho programa fueron: Fomentar la relación del cuidador-enfermo, hacer partícipe al cuidador de los cuidados que el anciano requiere e instruirle acerca de la importancia de su propio bienestar para proporcionar una atención óptima a su paciente. Tuvieron como resultado que el rango de edad de los adultos mayores de 79 años y 90 años predominando las mujeres con afecciones de EVC, Fractura de cadera y Enfermedad de Parkinson con un grado de Barthel de dependencia total (como criterio de inclusión). En cuanto a los cuidadores con una edad promedio de 34 años a 84 años

predominando las mujeres, con un parentesco de cónyuge; en relación al programa los cuidadores se sintieron satisfechos con la información y la consideraron necesaria. No dieron seguimiento de los resultados al alta. Hacen mención que es importante formar cuidadores para mejorar la calidad de vida de ambos.⁶⁹

- 3) La dependencia funcional después de una fractura de cadera, esta investigación la realizó Cree, Carriere y Cols., en el cual analizaron la dependencia funcional y progresión después de la fractura de cadera en 367 adultos mayores teniendo como criterio de inclusión: deterioro cognitivo y dependencia; los pacientes que presentaron un mayor puntaje en el estado mental y dependencia lo relacionaron con la edad avanzada. Con respecto a la dependencia encontraron mayor dificultad en las actividades en el baño y el vestido. Concluyen que es importante realizar programas de rehabilitación sobre el estado mental de los pacientes y estar enfocada al baño y al vestido⁷⁰.
- 4) Choong PF., Langford A., Dowsey M., y Cols., La utilización de guías clínicas reduce la duración de la estancia en la fractura de cadera, especialmente en pacientes que requieren evaluación geriátrica. Evaluaron los resultados obtenidos con la utilización de una guía clínica de cuidados integrados para fractura de cadera, en un hospital terciario. Diseño experimental con dos grupos, en el de casos (se les aplican los cuidados conforme a la guía clínica) y al grupo control (se le mantiene en los cuidados habituales). Teniendo una muestra de 111 pacientes incluidos (80 mujeres y 31 hombres, edad media de 81 años) de los que 55 que se asignaron al grupo experimental y 56 al control. Los índices de resultados examinados fueron los tiempos hasta la intervención y la movilización, el tiempo para ser valorados por una unidad geriátrica, el tiempo de estancia hospitalaria y las tasas de complicaciones y reingresos (al mes). Para todos los pacientes se indicó rehabilitación. El uso de la guía clínica mostró un beneficio en la disminución de la estancia media del grupo experimental respecto al control, 6.6 días frente a 8.0. Las tasas de complicaciones y reingresos no mostraron diferencias significativas entre ambos grupos. Concluyen

que el abordaje multidisciplinar de la fractura de cadera utilizando una guía clínica de cuidados integrados permite una discreta reducción de la estancia, sin diferencias en las tasas de sucesos adversos⁷¹.

- 5) Galea. M., Levinger P., en su investigación "Un hogar dirigido y basado en el centro el programa de ejercicio para las personas después del reemplazo total de cadera: un ensayo clínico aleatorizado. Analizaron la función física , la marcha y la calidad de vida de pacientes adultos mayores con reemplazo total de cadera, teniendo una muestra de 23 pacientes asignados aleatoriamente, de los cuales 11 estuvieron en el grupo del centro y 12 el grupo de casa. La intervención la aplicaron a ambos grupos, fue de un programa de ejercicios en ocho semanas, la cual en el grupo del centro estuvo supervisado por un terapeuta físico en comparación con los del grupo de caso sin supervisión,teniendo como resultados su eficacia tanto en el centro como en el hogar, mejorando en la marcha con andador y el tiempo para desplazarse⁷².
- 6) Otra de las investigaciones es la de Gómez. Resultado funcional después de fractura de cadera en ancianos, con este estudio analizó la mortalidad, situación funcional e institucionalización de los pacientes mayores 60 años , lo realizo en el Hospital del Bierzo en España, es un estudio retrospectivo de una cohorte, con una población de 210 Adultos Mayores a los cuales les aplicó la escala de Katz, en donde tuvo como resultado que el 74% de la población en estudio presentó un aumento de la mortalidad y empeoramiento importante de la capacidad para valerse por sí solos y se volvieron dependientes⁷³.
- 7) La investigación que realizó Gutiérrez sobre el tema dependencia funcional y enfermedades crónicas en ancianos mexicano; de junio a diciembre de 2004 en el Departamento de Geriátría del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, en México, D.F.. La información la obtuvieron de la encuesta para el Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México (ENASEM). Se incluyeron un total de 4 872 personas mayores de 65 años, a quienes se les interrogó sobre ayuda para las actividades básicas de

la vida diaria (AVD) y actividades instrumentales (AIVD) de la vida diaria; así como sobre la presencia de enfermedad crónica. Su metodología fue retrospectiva, transversal, descriptivo y observacional. Tuvieron como resultados: los mayores de 65 años, 24% resultó dependiente en AVD y 23% en AIVD. Las enfermedades crónicas relacionadas con dependencia funcional en actividades básicas e instrumentadas fueron las enfermedades articular y cerebro vascular, el deterioro cognitivo, la depresión, las alteraciones de la marcha que la gran mayoría fueron provocadas por una fractura de cadera. Es necesario desarrollar medidas orientadas al tratamiento y prevención de estas entidades crónicas que se asociaron con dependencia funcional⁷⁴.

- 8) Huusko TM, Karppi P, Avikainen V, Kautiainen H, Sulkava R. Randomised, La Rehabilitación geriátrica intensiva tras fractura de cadera: ¿consigue mejorías valorables en pacientes con demencia?, Teñían como objetivo evaluar el efecto de la rehabilitación geriátrica intensiva en pacientes con demencia y que han sufrido una fractura de cadera. Diseño de análisis parcial planificado. Teniendo una muestra de 243 personas de 65 años en adelante que viven de forma independiente, capaces de andar sin ayuda previamente a la fractura y que han ingresado en el Hospital por fractura de cadera. La selección de los pacientes con demencia se ha realizado en función de la puntuación obtenida en el test de Mini-mental. Intervención: Tras cirugía, los pacientes del grupo de intervención (n=120) son remitidos al departamento de geriatría del hospital, mientras que los del grupo control son dados de alta y remitidos a hospitales locales. Tuvieron como resultados que un grado de demencia moderado (puntuación en la escala del test de mini-mental de 12 a 17) fue de 47 días en el grupo de intervención (n=24) y de 147 días en el grupo control (n=12, p=0,04). Para el grupo clasificado como demencia incipiente (puntuación del test de mini-mental entre 18-23) fue de 29 días en el grupo de intervención (n=35) y de 46,5 días en el grupo control (n=42, p=0,002). A los tres meses tras la intervención, en el grupo de

intervención el 91% (32) de los pacientes con demencia incipiente y el 63% (15) de los pacientes con demencia moderada estaba viviendo de forma independiente. En el grupo control vivían de forma independiente el 67% (28) de los pacientes con demencia incipiente y el 17% (2) de los pacientes con demencia severa. No se detectaron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a mortalidad o en la estancia media hospitalaria de los pacientes con demencia severa y en los pacientes con una puntuación de normal en el test de minimal. Los pacientes con demencia moderada o severa que han sufrido una fractura de cadera pueden regresar al entorno comunitario si se les facilita una rehabilitación geriátrica intensiva⁷⁵.

- 9) Lain McNamara ., Aman Shamara y Cols., en su investigación , Trombo embolismo venoso sintomático después de una fractura de cadera. Este estudio prospectivo estuvo conformado por 5300 pacientes los cuales fueron admitidos al estudio de enero de 1989 a enero de 2007, todos los pacientes recibieron profilaxis con heparina. Teniendo como resultado que solo el 2.2% presentaron incidencia de trombo embolismo venoso, lo cual ocurrió a las cinco semanas de la fractura. Esto también se tuvo por que los pacientes al ser dados de alta les indicaron heparina subcutánea⁷⁶.
- 10) Lenze Eric J., Skidmore Elizabeth R. y Cols,. En el estudio “Tiene la depresión, la apatía o deterioro cognitivo reducir el beneficio de la rehabilitación de hospitalización para pacientes ancianos con fractura de cadera”, este estudio tiene como objetivo si las medidas post-fractura del estado de animo, la motivación o la cognición se asocia con los resultados de rehabilitación (definida como la mejoría funcional) en los centros de rehabilitación para pacientes (NIIF), en comparación a las instalaciones de enfermería especializada (SNF), su muestra fue de 97 sujetos: 58 en NIIF y 39 en SNF; teniendo como resultados tuvieron significativamente mejores resultados funcionales aquellos pacientes que fueron atendidos en SNF. Teniendo como conclusiones que la depresión, desmotivación o deterioro cognitivo leve-moderado

con fractura de cadera no reduce el beneficio de la rehabilitación post-aguda en un marco integrado de recursos⁷⁷.

- 11) Lin P., Hung y Cols. En su investigación "Cuidados y el nivel de dificultad de atención en materia de fractura de cadera en la población geriátrica , durante el periodo de transición posterior a la población de la gestión" , teniendo como objetivos: las necesidades de atención específica de pacientes con fractura de cadera geriátrica, el nivel de dificultad de atención durante el período de transición tras el alta, y la correlación entre la demografía, el desarrollo físico- función de estatus de las personas mayores, y las necesidades de atención, teniendo una muestra de 71 casos de fractura de cadera y sus cuidadores. Los resultados que la mayoría de los pacientes dependientes a la atención geriátrica de los miembros de la familia presentó una media de puntuación de estado de la función física de 6.99 (0 a 18) que mejora significativamente después de una semana a 10:27. La edad media de los cuidadores primarios era 51.72 años de edad. La mayoría de los cuidadores (47, o 66,2%) eran mujeres. La relación entre los participantes de edad avanzada y su cuidador principal que era predominantemente de marido y mujer (22 personas; 31,0%). Los cuidados incluye asistencia en el retorno al hogar, visitas, la conciencia de seguridad en todo momento, la ayuda con la limpieza y mantenimiento de viviendas, y así sucesivamente. Tareas asistenciales que se han identificado más difícil para los cuidadores primarios incluye: subir escaleras prestación de asistencia, los problemas de asistencia en la gestión emocional, la asistencia a pie de capacitación, asistencia para la rehabilitación, manejo de enfermedades y asistencia de emergencia. Se encontró una relación negativa con el estado de la función física de las personas de viejos - viejos. Los resultados del estudio sugieren que se brinden conocimientos para cuidados en casa antes del alta en el hospital y el mejoramiento del sistema de apoyo social son elementos igualmente necesarios⁷⁸.

- 12) López en su investigación de “Estudio de los factores predictores de mortalidad en los pacientes con fractura de cadera osteoporótica en el año que sigue a la fractura y evolución de la supervivencia según sea su destino al alta.” Este estudio lo realizó en España, aplicó la metodología prospectiva teniendo una población de 218 ancianos, durante el año 2003, teniendo como resultado un alto índice de mortalidad, alteraciones mentales, reingreso al hospital y la capacidad funcional comprometida⁷⁹.
- 13) Martínez Rondanelli Alfredo, “Fracturas de cadera en ancianos, Pronóstico, epidemiología. Aspectos legales. Experiencia.”, analizo 289 pacientes con fractura de cadera al ingreso y a los seis meses. Al ingreso encontró en 65 (23%) pacientes presentaron complicaciones intrahospitalarias antes de la cirugía: tromboembolia pulmonar, hemorragias gastrointestinal, falla cardíaca, afecciones respiratorias y úlceras por presión y al seguimiento encontró del total de pacientes 115 (50%), un 10% con luxación de material quirúrgico y 4% de infección. Valoró el Índice de Katz el cual disminuyó de 3.96 a 3.48 a los seis meses.
- 14) Naylor MD, Brooten D y Cols. En la “La planificación del alta y atención domiciliaria de pacientes ancianos realizada por enfermeras especializadas reduce los reingresos hospitalarios”. Esta investigación la realizaron en Estados Unidos de Norte América, en el cual tuvieron como resultado que un programa de atención domiciliaria desarrollado por enfermeras geriátricas especializadas, dirigido a pacientes ancianos hospitalizados de alto riesgo, disminuyó la necesidad de hospitalización y redujo los costes de la atención sanitaria.⁸⁰
- 15) Olsson L. Karisson. J. y Ekman, realizaron la investigación “Efectos de las intervenciones de enfermería dentro de un itinerario integrado de atención a los pacientes que sufren de fractura de cadera”. Es un estudio en donde evaluaron la contribución de los cuidados de enfermería, con un diseño cuasi-experimental, prospectivo comparando un grupo de intervención con el grupo de comparación,

con una muestra de doce pacientes que viven de forma independiente, de 65 años o más y admitido en el hospital de Suecia. Fue la intervención diseñada para centrarse en la motivación del paciente y sus requisitos previos para la rehabilitación y se basó en el concepto de transición. Teniendo como resultados, en el grupo de intervención que el 21% fueron restaurados a las actividades de la vida diaria a nivel A (independiente) al alta, mientras que sólo 5% en el grupo de comparación fueron restituidos a este nivel. En los pacientes en el grupo de intervención, el admitido independiente, se mantuvo en actividades de la Vida Diaria nivel F (dependiente), mientras que el 16% se mantuvo en el nivel F en el grupo de comparación ($P = 0 \times .003$). Concluyen en este estudio que cuando se admitan los pacientes mayores que sufren una fractura de cadera, es importante adquirir un buen conocimiento de cada paciente y sus requisitos previos y brindarles rehabilitación acelerada de acuerdo con su capacidad individual. En los indicadores de seguimiento del proceso durante la transición, se observó que las desviaciones graves del plan de cuidados se pueden evitar⁸¹.

- 16) Sáez López P. y Cols., en su investigación "Detección de problemas en pacientes geriátricos con fractura de cadera. Importancia de la colaboración entre traumatólogo y geriatría", en el cual tienen como objetivo evaluar el beneficio que proporciona un equipo consultor geriátrico (ECG) a los pacientes geriátricos que ingresan con fractura de cadera en cuanto a la detección de problemas clínicos. Tuvo un diseño prospectivo y controlado que compara dos grupos: los manejados por el ECG(202) y los controles (200); su intervención consistió en visitas diarias, detectando las complicaciones intrahospitalarias, estabilización pre quirúrgica, el mantenimiento del grado funcional y del auto cuidado, la prevención de la yatrogenia, el uso de la rehabilitación y la planificación precoz del alta, esta intervención solo la realizaron durante la hospitalización del paciente y valoraron al alta, utilizando los instrumentos índice de Barthel, Cuestionario Estado mental de Pfeiffer, ASA y Escala sociofamiliar de

Gijón modificada; teniendo como resultado un 18.3% de inmovilismo, deterioro cognitivo 69.8% , úlceras 19.3% , problema social 9.9%, infecciones respiratorias 8.45, estreñimiento 44.5% en el grupo de casos, dichas cifras son altas en comparación con el grupo control, a lo cual los autores comentan que estos resultados tuvieron que ver por las características del grupo ya que son longevos con patologías invalidantes (EVC, hipertensión, depresión, demencia, diabetes, hipoacusia y Parkinson,) así como mayor deterioro funcional, mental y social. Pero realizan una comparación con otros estudios en donde encuentran diferencias significativas en el grupo de casos: anemia, desnutrición, estreñimiento, delirium, úlceras por presión, demencia, déficit sensoriales e incontinencia⁸².

17) Eficacia de una intervención geriátrica integral en pacientes mayores hospitalizados por fractura de cadera. Vidan M., Serra y Cols. Evaluaron si una intervención temprana multidisciplinaria geriátrica en adultos mayores con cirugía de cadera reduciría la estancia, la mortalidad, la morbilidad y la funcionalidad, bajo un diseño aleatorio, controlado de intervención. Teniendo una población de 19 pacientes mayores de 65 años. La Intervención geriátrica la dieron por día al grupo de casos y al grupo control la atención habitual, durante la estancia hospitalaria y dando un seguimiento a los 3, 6 y 12 meses. Teniendo como resultados en el grupo de casos una menor tasa de mortalidad hospitalaria (0.6% vs 5.8%) pero mayor tasa de complicaciones médicas (42.5% vs 61.7%), pero hubo una recuperación parcial a los 3 meses (57% vs 44%) pero no encontraron diferencia entre ambos grupos a los 6 y 12 meses. Concluyendo que la intervención geriátrica precoz reduce la atención diaria en la mortalidad hospitalaria y las complicaciones médicas en pacientes de edad avanzada, pero no hay un efecto significativo sobre la duración de la estancia hospitalaria o la recuperación funcional⁸³.

18) Cuidado familiar en los casos de fractura de cadera”, esta investigación de Williams M., OberstM., y Cols., investigaron el papel de la familia en el proceso de rehabilitación y como se puede ayudar

en esas funciones. Su muestra fue de 57 familias cuidadoras, se preguntó a las familias al alta, a los 2,8 y 14 semanas sobre los cuidados y problemas así como de los cuidados de mayor demanda, el estado de ánimo del cuidador, las expectativas acerca de la recuperación y el asesoramiento a los cuidadores en el futuro. Tuvieron como resultados que las actividades de los cuidadores necesitaban de enseñanza para realizar los cuidados para mejorar la dependencia así como del estado de ánimo de los cuidadores⁸⁴.

6.2. Revisiones sistemáticas

- 1) Crotty M., Unroe K., Cameron ID., Miller C, Crotty M., Unroe K., Cameron ID., Miller M., y Cols..En el estudio sobre "Intervenciones de rehabilitación para mejorar el funcionamiento físico y psicosocial con fractura de cadera en personas mayores. Realizaron esta revisión sistemática con la finalidad de evaluar los efectos de las intervenciones destinadas a mejorar el funcionamiento físico y psicosocial con fractura de cadera incluyendo ensayos aleatorios y cuasialeatorios de las intervenciones de rehabilitación aplicadas en pacientes hospitalizados o ambulatorios para mejorar el funcionamiento físico y psicosocial en los adultos mayores con fractura de cadera. Los resultados primarios fueron la función física y psicosocial y "mal resultado" (compuesto de mortalidad, el fracaso para volver a una vida independiente y / o la readmisión). Nueve ensayos pequeños heterogéneos (con la participación de 1400 participantes) fueron incluidos. Los ensayos tuvieron diferentes intervenciones, incluida la "atención habitual" comparadores, proveedores, configuración y evaluación de resultados. Trece intervenciones (medidas de reorientación, terapia ocupacional intensiva, terapia cognitivo-conductual) dictada en los pacientes hospitalizados no encontraron diferencias significativas en los resultados. Dos ensayos investigaron la especialista en la

atención dirigida por enfermeras, que fue su mayor parte después de la aprobación de la gestión sino que incluía la planificación del alta en un ensayo: este ensayo encontró que algunos de los beneficios en tres meses, pero el otro ensayo no encontró diferencias a los 12 meses. Coaching (intervenciones educativas y motivacionales) fue examinado en dos estudios muy diferentes: un ensayo no encontró efecto sobre la función a los seis meses, y el otro mostró mejora en las expectativas de autoeficacia a los seis meses, aunque no cuando se combina con ejercicio. Dos ensayos sobre intervenciones de ensayo (rehabilitación de viviendas; grupo de aprendizaje del programa) comenzó varias semanas después de la fractura de la cadera no encontraron diferencias significativas en los resultados a los 12 meses. Algunos resultados pueden ser sensibles a los tratamientos psicosociales, sin embargo, no hay pruebas suficientes para recomendar cambios en las prácticas. Nuevas investigaciones sobre las intervenciones descritas en esta revisión se considero necesario, incluir la atención a tiempo, duración, configuración y administración de la disciplina (s), así como el tratamiento a través de los centros de atención ⁸⁵.

- 2) McClure R, Turner C, Peel N, Spinks A, Eakin E, Hughes K. Intervenciones basadas en la población para la prevención de lesiones relacionadas con caídas en personas ancianas (Revisión Cochrane traducida). En esta revisión sistemática se concluye que pesar de las limitaciones metodológicas de los estudios de evaluación incluidos, la coherencia de las reducciones informadas sobre lesiones relacionadas con caídas en todos los programas apoyan la afirmación preliminar de que el abordaje basado en la población para la prevención de lesiones relacionadas con caídas resulta efectivo y puede formar la base de la práctica de salud pública. Los ensayos aleatorios, en múltiples comunidades, acerca de intervenciones basadas en la población indican un incremento en el nivel de pruebas que apoyan el abordaje basado en la población⁸⁶.

- 3) Handoll HHG, Sherrington C. Estrategias de movilización después de la cirugía por fractura de cadera en adultos (Revisión Cochrane traducida). Teniendo como resultados los ensayos aleatorios no aportan pruebas suficientes para determinar la efectividad de las diversas estrategias de movilización utilizadas en la rehabilitación después de la cirugía por fractura de cadera. Se requieren investigaciones adicionales para establecer los posibles beneficios del suministro adicional de intervenciones, incluidos los ejercicios intensivos supervisados, diseñados principalmente para mejorar la movilidad⁸⁷.
- 4) Parker MJ, Gillespie WJ, Gillespie LD. Protectores de cadera para la prevención de fracturas de cadera en ancianos (Revisión Cochrane traducida). En donde tienen como resultados que hay ciertas dudas sobre la efectividad de la provisión de protectores de cadera en la reducción de la incidencia de la fractura de cadera en ancianos. La aceptación y el cumplimiento por parte de los usuarios de protectores todavía son deficientes debido al malestar y poca practicidad⁸⁸.
- 5) Parkes J, Shepperd S. Alta planificada del hospital al domicilio. (Revisión Cochrane traducida). Esta revisión indica que hay cierta evidencia de que el alta planificada puede provocar una disminución de la duración de la estancia en el hospital y en algunos casos, una menor cantidad de reingresos en el hospital. Hay también cierta evidencia de que el alta planificada aumenta la satisfacción del paciente⁸⁹.
- 6) Smith B, Appleton S, Adams R, Southcott A, Ruffin R. Atención domiciliaria con enfermería de extensión para la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (Revisión Cochrane traducida). Revisión sistemática para evaluar la efectividad de los programas de asistencia sanitaria respiratoria llevados por una enfermera de extensión para los pacientes con EPOC en la mejoría de la función

pulmonar, la tolerancia al ejercicio y calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) del paciente y el cuidador y en la reducción de la mortalidad y la utilización de servicio hospitalario. La intervención fue visitas a los pacientes en sus hogares, educación, control del estado de los pacientes y comunicación con los médicos. Los pacientes presentaron beneficios en la mortalidad y la calidad de vida⁹⁰.

- 7) Ward D, Severs M, Dean T, Brooks N. Ámbitos de atención domiciliaria versus hospitalaria y del propio domicilio para la rehabilitación de ancianos (Revisión Cochrane traducida). En esta revisión sistemática se tiene como resultados que existen pruebas insuficientes para comparar los efectos de los ámbitos de atención domiciliaria, hospitalaria y del propio hogar sobre los resultados de la rehabilitación de ancianos. Aunque los autores reconocen que la ausencia de un efecto no significa que no haya efecto. Existen tres razones principales; la primera es que la descripción y especificación del ámbito a menudo no es clara; en segundo lugar, los componentes del sistema de rehabilitación dentro de los ámbitos considerados no están adecuadamente especificados y; en tercer lugar, cuando los componentes están especificados claramente, éstos demuestran que los sitios de control y de intervención no son comparables de acuerdo con los criterios metodológicos establecidos por el grupo Cochrane EPOC (Cochrane 1998). El efecto combinado de estos factores produjo que la comparación entre los grupos de intervención y de control fuera muy débil⁹¹.

CAPÍTULO 7.
METODOLOGÍA DE LA
INVESTIGACIÓN

7.1. Problema de investigación

La Organización Mundial de Salud en su informe del 17 de julio 2007, señala que en muchos países en desarrollo ya está teniendo lugar un proceso de envejecimiento de la población a un ritmo más rápido que el que registró en los países desarrollados.

En el futuro próximo la mayoría de los países de América Latina y el Caribe en el cual se incluye México, deberán enfrentar las demandas de una creciente población Adulta Mayor⁹².

Las tendencias actuales, se prevé que, para el año 2050, prácticamente el 80% de la población mundial mayor de 60 años vivirá en lo que son ahora países en desarrollo. Generando con esto un aumento epidemiológico, en los padecimientos crónicos degenerativos así como la enfermedad osteomuscular que ocasiona un deterioro funcional requiriendo de cuidados en el hogar y que estos serán proporcionados por la familia⁹³.

De los países de América Latina en donde se realizaron estudios sobre enfermedades crónicas fueron: Bridgetown, Barbados; Buenos Aires, Argentina; Ciudad de La Habana, Cuba; México, D.F.; Montevideo, Uruguay; Santiago, Chile, y São Paulo, Brasil, presentaron como tercer lugar la fractura de cadera que provoca incapacidad por las complicaciones de la misma y por ende dependencia por un integrante de la familia⁹⁴.

En México el incremento de la demografía en la población de Adultos Mayores es de un 26.1% para el año 2025 y un 37.2% para el año 2050, este proceso de envejecimiento que presenta la población, requiere de mayor demanda en los servicios de salud.

Este envejecimiento de la población, esta directamente ligada a las condiciones de salud y a la transición epidemiológica del país, de las cuales predominan las enfermedades crónica degenerativas y las lesiones^{95,96,97} entendiéndose estas últimas las caídas. Siendo las caídas la

primera causa de accidentes en los adultos mayores, una de las complicaciones es la fractura de cadera^{98,99,100,101}.

La incidencia de fractura de cadera en el país, según la Secretaría de Salud es de aproximadamente 4,000 fracturas al año, ya que no se tienen datos precisos al respecto¹⁰². Este tipo de lesión deja graves secuelas para la salud en cada uno de tres adultos mayores que la padece, generando altos costos económicos, altas tasas de morbilidad, considerándolo como un problema de salud pública^{103,104}.

Los Adultos Mayores presentan complicaciones derivadas tanto de la fractura de cadera y de la hospitalización como encamamiento prolongado y aparición de descompensaciones de enfermedades crónicas, todo ello implica gran mortalidad, pérdida de autonomía y alto riesgo de pérdida de la capacidad funcional, esto se conoce como la llamada cascada de la dependencia¹⁰⁵.

Bajo la óptica de la dependencia, el Adulto Mayor requiere ser cuidado, que por lo general el que cuida es un familiar, amigo o vecino el cual la literatura lo menciona de diferentes sinónimos: cuidador,¹⁰⁶ cuidador primario¹⁰⁷, cuidador formal¹⁰⁸, cuidador informal¹⁰⁹, cuidador principal¹¹⁰, cuidador familiar^{111,112,113,114} para esta investigación se utilizara el termino de cuidador primario; esta persona asume la responsabilidad de aplicar cuidado en casa, lo cual desconoce como llevarlo acabo después de presentarse el evento de dependencia provocado por la fractura de cadera¹¹⁵.

De las complicaciones que se presentan en los adultos mayores con cirugía de cadera son: las úlceras por presión, trombosis venosa profunda, estreñimiento, luxación de material quirúrgico, dependencia, problemas respiratorios, alteración en la movilidad, depresión, post caídas, infecciones de herida quirúrgica, reincidencia al hospital¹¹⁶, lo cual limitara que realicen sus actividades de la vida diaria básicas e instrumentales, deteriorando su calidad de vida así como la psicológica y social haciéndolo dependiente^{117,118,119}. Se considera que un 38% de los adultos mayores mexicanos presentan alguna discapacidad para realizar

actividades de la vida diaria básica e instrumental provocada por diferentes patologías entre ellas la fractura de cadera^{120,121}.

Los cuidados en el hogar es una actividad compleja, que si no se tiene conocimiento de cómo brindarlo, se tendrá efectos negativos en la salud del adulto mayor así como del cuidador primario^{122,123}.

Todo lo anterior orientó a establecer como pregunta de la investigación:

¿Aplicar una intervención educativa al cuidador primario con una guía de cuidados por parte de la enfermera repercute en las complicaciones del adulto mayor con cirugía de cadera?

7.2 .Importancia del Estudio:

En México el envejecimiento demográfico dejó de ser la experiencia de unos cuantos para convertirse en la cotidianidad de millones, teniendo implicaciones de salud, económicas, políticas y sociales no sólo para este grupo de edad, sino también para las familias, las instituciones y la sociedad en su conjunto¹²⁴.

Este proceso de envejecimiento que presenta la población, requiere de mayor demanda en los servicios de salud. Lo cual representa un aumento en los padecimientos crónicos entre la cual hace presencia la fractura de cadera que puede provocar alteración en la capacidad funcional, provocando dependencia de un integrante de la familia, amigo, vecino o institución.

Las fracturas de cadera en los adultos mayores es una eventualidad devastadora en la mayor parte de los casos, ya que afecta profundamente el equilibrio físico, mental, funcional y social que antes prevalecía.

Durante su estancia hospitalaria se proporciona cuidados enfocados cualquier complicación de movilidad, regresión psicomotora, compromiso respiratorio, úlceras por presión, así como cualquier complicación que se

presente, pero es necesario dar continuidad de los cuidados en el hogar al adulto mayor con cirugía de cadera como parte de su recuperación.

Los cuidadores primarios son clave para brindar un cuidado en casa, pero cuando no tiene la información adecuada de cómo cuidar a su paciente en casa se tiene ciertas complicaciones como, úlceras por presión, luxación de material de cirugía, post caída, alteración de la movilidad así como el colapso del cuidador primario, esto afecta la salud de los pacientes geriátricos. Teniendo un reingreso al hospital frecuentemente por dichas complicaciones.

En el Instituto Nacional de Rehabilitación (INR), en el tercer piso de traumatología de los ingresos de cada diez pacientes, tres son pacientes geriátricos, predominando el diagnóstico de fractura de cadera.

En los periodos del 2 de enero al 31 de octubre del 2006 se tuvieron un total de 194 pacientes geriátricos con fractura de cadera, a los que se les realizó cirugía de osteosíntesis con clavo PF, y placa de Richard. Del periodo, 1 de enero al 12 de julio 2007 ingresaron 124 adultos mayores con fractura de cadera, a los que se les realizó cirugía de osteosíntesis con clavo PF, Placa Richard y Placa DHHS. En el año 2008 se realizaron un total de 120 cirugías de cadera al adulto mayor.

En el Programa Nacional de salud 2007 - 2012 de la Secretaria de Salud hace mención que la mayor parte de las necesidades de salud de los adultos mayores se puede resolver o controlar en la red de servicios disponibles en el país. Sin embargo, tanto los servicios de salud como los prestadores deben adecuarse a las características de esta población. Los cuidados de salud para los ancianos deben extenderse, además, a los ámbitos domiciliario y comunitario.

Elaborando programas que estén dirigidos a implantar un sistema de vigilancia de la salud de los adultos mayores basado en indicadores de morbilidad y discapacidad; incluir a los adultos mayores en las estrategias de prevención y promoción de la salud con objetivos y metas definidas y

verificables que pongan énfasis en la independencia funcional; extender los servicios de atención a la salud para los adultos mayores a los ámbitos comunitario y domiciliario.

En México no existen estudios sobre la repercusión de la intervención educativa al cuidador de adultos mayores con fractura de cadera en la disminución de complicaciones por este daño, razón por la cual se considera plausible realizar esta investigación, para la generación de nuevos conocimientos en Enfermería sobre la consecuencia de la educación al adulto mayor con cirugía de cadera y cuidador primario para evitar o disminuir complicaciones.

Teniendo estos antecedentes, es de importancia para la Enfermería realizar esta investigación, enfocada en una intervención educativa oportuna al egreso del paciente a su domicilio, para evitar complicaciones que afecten su salud, mejorando su independencia funcional para mejorar su calidad de vida así como la disminución de costos para el adulto mayor y el hospital.

7.2. Propósito:

7.2.1. Que la intervención educativa apoyada con una guía de cuidados que aplicara el cuidador primario en casa le sea de utilidad para evitar o disminuir las complicaciones, que se presentan en el Adulto Mayor con cirugía de cadera.

7.3. Objetivos:

7.3.1. Diseñar un programa de intervención educativa para los cuidadores primarios sobre la atención en casa a pacientes adultos mayores con cirugía de cadera para disminuir complicaciones.

7.3.2. Objetivos específicos:

7.3.2.1.-Evaluar la funcionalidad de la intervención educativa que se aplicara en el cuidador primario.

7.3.2.2.- Evaluar el programa que aplicara el cuidador primario en casa a los adultos mayores con cirugía de cadera.

7.3.2.3.- Utilizar indicadores que reflejen la disminución de complicaciones en adultos mayores con cirugía de cadera.

7.4. Diseño de investigación:

Tipo de investigación: Cuantitativa

Alcance de la investigación: Explicativa

Diseño de la investigación: Cuasi – experimental, longitudinal.

7.5. Población y Muestra de Estudio.

El universo total de estudio son 160 pacientes promedio que ingresan por fractura de cadera al servicio de Traumatología del INR, en el 2008, se tomara como base este dato para tomar la muestra en el año 2009.

7.5.1. Tamaño de la muestra:

Se tomara como referencia la población del año 2008 que fue de 120 Adultos mayores con cirugía de cadera:

Formula

$$n = \frac{n'}{1 + (n'/N)} \quad n = \frac{.09}{.009} = 30$$

Con un error estándar de .05

La muestra para esta investigación será de 60 adultos mayores con cirugía de cadera con cuidador primario.

Se formaron dos grupos de adultos mayores con cirugía de cadera y cuidadores primarios uno lo conformara el grupo de casos (30) y controles (30), para un total de 60 cuidadores primarios.

7.5.2. Sujetos de estudio:

Pacientes adultos mayores de 60 años en adelante que ingresan al Servicio de Traumatología del Instituto Nacional Rehabilitación con cirugía de cadera que cumplan con los criterios de inclusión, que a continuación se detallan.

7.5.3. Criterios de inclusión:

- a) Personas mayores de 60 años en adelante.
- b) Adultos Mayores con cirugía osteosíntesis de cadera y artroplastia total de cadera.
- c) Que tengan un cuidador primario responsable.
- d) Que presenten patologías agregadas bajo control medico.

7.5.4. Criterios de exclusión:

- a) Personas menores de 60 años.
- b) Presenten complicaciones durante su estancia hospitalaria.

7.5.5 Criterios de eliminación:

- a) Adultos mayores y cuidadores primarios que no deseen participar en la investigación.
- b) Reingresen al hospital durante la selección de muestra por complicaciones posterior a una cirugía anterior.
- c) Adultos mayores con patologías agregadas que no estén bajo control medico.

7.5.6. Selección de la muestra.

Los adultos mayores con cirugía de cadera, que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión, se les informará de los objetivos del estudio y se pedirá el consentimiento informado del adulto mayor y al cuidador primario, que deben entregar firmado para formar parte del estudio. El plazo de reclutamiento se interrumpirá cuando se alcance el tamaño de la muestra calculado de los casos y controles. La característica de la muestra es probabilística.

7.6. Variables de estudio:

7.6.1. Dependiente: limitación de complicaciones del adulto mayor con cirugía de cadera.

7.6.2. Independiente: formación por parte de la enfermera al cuidador primario de adultos mayores con cirugía de cadera.

7.6.3. Definición y operacionalización de las variables (Anexo 1)

Complicaciones que se pueden presentar en el adulto mayor con cirugía de cadera: Para esta investigación se estudiarán aquellas que están relacionadas con los cuidados de Enfermería como son las úlceras por presión, luxación de material quirúrgico, afecciones respiratorias, trombosis venosa profunda, grado de funcionalidad, la marcha, infección en la zona quirúrgica, estreñimiento, grado cognitivo, percepción del funcionamiento familiar, percepción del apoyo social percibido y sobrecarga del cuidador primario.

Intervención educativa al adulto mayor con cirugía de cadera y su cuidador primario: Es una intervención que se diseñó para prevenir complicaciones en los adultos mayores con cirugía de cadera, apoyada con una guía de cuidados.

7.7. Hipótesis:

7.7.1 H_i . Un programa educativo que es transmitido por el profesional de Enfermería al cuidador primario repercute en evitar complicaciones, del adulto mayor con cirugía de cadera en el hogar.

7.7.2. H_o . Un programa educativo que es transmitido por el profesional de Enfermería al cuidador primario no repercute en evitar las complicaciones del adulto mayor con cirugía de cadera en el hogar

7.8. Procedimientos.

7.8.1. Métodos y técnicas.

Se tuvieron dos grupos uno de casos y uno de controles con 30 adultos mayores respectivamente así como 30 cuidadores primarios en cada uno de los grupos cubriendo con los criterios de inclusión.

Al grupo de casos se aplicaron tres valoraciones y una intervención educativa al adulto mayor con cirugía de cadera y al cuidador primario en relación a los cuidados que tiene que realizar en el hogar, proporcionándole también una guía de forma impresa que se elaboro con este fin por parte de la investigadora al grupo de casos teniendo como objetivo disminuir o evitar las complicaciones que se presentan en este tipo de padecimiento.

En el grupo control se aplicaron las tres valoraciones sin intervención educativa.

Las valoraciones de se aplicaron de la siguiente forma.

7.8.1.1. Primera valoración:

En esta etapa se aplicaron los instrumentos de medición: el índice de Kat, Índice de la dependencia de la marcha de Holden, el Sohört Portable Mental Status de Pfeiffer , la Escala Multidimensional de apoyo social de Zimet, un cuestionario socio demográfico y se realizó una exploración

física de forma cefalocaudal para valorar complicaciones a cada uno de los adultos mayores tanto al grupo de casos como al de controles en la unidad del paciente y al cuidador primario se aplicó, un cuestionario socio demográfico en el cual se pidió número telefónico para confirmar las citas posteriores, el Test de Percepción del Funcionamiento Familiar. FF-SIL 1994 y el Índice de Zarit sobrecarga del cuidador en el aula del servicio de traumatología.

Al grupo de casos se le aplicó la intervención educativa a las 48 horas de operado llevando el seguimiento tres días consecutivos o hasta su alta. Cabe mencionar que la guía de cuidados se dió de forma impresa al cuidador primario ese mismo día. Al ser dados de alta recibieron su receta médica y sus citas registradas en el carnet.

El grupo control al ser dados de alta recibieron su receta médica y las sugerencias de forma verbal por parte del equipo multidisciplinario así como sus citas registradas en su carnet.

7.8.1.2. Segunda valoración.

Se dieron las citas a los pacientes conforme a la fecha y hora para el retiro de puntos, con la finalidad de dar la continuidad y la asistencia de los adultos mayores y cuidadores primarios.

La segunda valoración se realizó a las dos semanas del alta, en la consulta externa en el consultorio 7; aplicando los instrumentos de valoración así como de la exploración física antes mencionada tanto al grupo de casos y al de controles.

A los adultos mayores y cuidadores primarios que estaban en el grupo de casos en esta valoración se retroalimentaba lo aprendido y se resolvían dudas.

En el grupo control cuando se valoraba que el adulto mayor presentaba riesgo en la salud se canalizaba con el médico, ofreciendo lo que requiriera para mejorar su bienestar.

7.8.1.3. Tercera valoración

La tercera valoración se realizó en la consulta externa en el consultorio 7 a las seis semanas, en la cual es la primera valoración por parte del ortopedista al ser dados de alta. Al grupo de casos se aplicaron los instrumentos de valoración y exploración física al adulto mayor y al cuidador primario se aplicó los instrumentos de Test de Percepción del Funcionamiento Familiar FF-SIL y el Índice de Zarit sobrecarga del cuidador así como retroalimentar lo aprendido y resolver dudas.

En el grupo de casos se aplicaron los instrumentos de valoración y la exploración física al adulto mayor y al cuidador primario se aplicaron los instrumentos del Test de Percepción del Funcionamiento Familiar. FF-SIL y el Índice de Zarit sobrecarga del cuidador

7.8.2. Intervención educativa:

La intervención educativa se aplicó en el servicio de traumatología en la unidad de los pacientes y en el aula del servicio de forma individualizada a cada uno de los adultos mayores y su cuidador primario dando el seguimiento en la consulta externa en el consultorio 7.

Para la intervención educativa se tuvo que realizar otra investigación previa, en la cual se diseñó un formato (anexo 2) para determinar los tiempos que requería el adulto mayor y el cuidador primario para el aprendizaje de los diversos cuidados que se requerían en el hogar para evitar complicaciones.

- En primera instancia se requirió establecer cuál era el momento ideal posterior a la operación quirúrgica para aplicar la intervención educativa en pacientes con cirugía de cadera, teniendo como resultado que los adultos mayores muestran mayor cooperación a las 48 horas de la cirugía puesto que el dolor disminuye y esto les permite realizar mejor los procedimientos que fueran aplicados por sus familiares. Esta investigación permitió conocer también cuál era el momento adecuado para que el cuidador primario se le diera la intervención educativa y no se viera afectada por su estado de

animo o las circunstancias por las cuales estaba viviendo por el estado de salud de su paciente.

- Se diseño una hoja de cotejo con los cuidados para lo cual se hizo una demostración, se pidió una devolución de procedimiento, se tomó los tiempos y se detecto aquellos elementos que faltaron de aprender en la devolución de los indicadores, al otro día había diagnóstico de lo aprendido y retroalimentación en aquellos aspectos que se requería, tomando en cuenta sus comentarios.
- Para la elección de los cuidados se consultaron 6 expertos en el tema, revisión de literatura científica así como a los adultos mayores y sus cuidadores primarios preguntándoles en la consulta externa sus sugerencias y comentarios de lo que habían vivido y requirieran saber.
- La intervención educativa se aplico en dos sesiones durante el día, por que los adultos mayores reflejaron cansancio en los cuidados de baño, movilización dentro y fuera de cama, realizar la marcha y ejercicios respiratorios, dando un espacio de cinco horas entre cada sesión y los cuidadores primarios mostraron interés para el aprendizaje.
- Esta investigación permitió establecer cuantos días y el tiempo que se requería para que el adulto mayor y el cuidador primario aprendieran los cuidados.

La intervención educativa quedo estructurada de la siguiente manera:

-Tres días con dos sesiones de dos horas por día, dando un lapso de cinco horas en cada sesión por día.

1er. Día.

1era.Sesión:

- Explicación de la intervención educativa
- Entrega de la guía de cuidados impresa
- Que es la fractura de cadera

- Cuidados de la piel
- Manejo de presiones óseas.
- Resolver dudas.

Para esta sesión se utilizó un audio visual, se mostró el material quirúrgico que se colocó de forma específica de cada uno de los adultos mayores, placas de Rx que se tomaron en el área de quirófano a los adultos mayores y la devolución del procedimiento.

2da.Sesión:

- Curación de herida quirúrgica
- Prevención de trombosis venosa profunda
- Ejercicios respiratorios
- Cambios de posición dentro y fuera de cama.
- Resolver dudas.

Para esta sesión se utilizó un audio visual, material de curación, medias antitrombóticas, inspirómetro y andadera de cuatro puntos así como la devolución del procedimiento, retroalimentando lo aprendido.

2do. Día

3era. Sesión:

- Movilización fuera de cama
- Higiene personal
- Prevención de estreñimiento
- Manejo del dolor
- Resolver dudas

En estas sesiones se utilizó audio visual, andadera de cuatro puntos y devolución del procedimiento, reforzando lo aprendido.

4ta. Sesión

- PreVENCIÓN de post caída
- Signos de alarma y que hacer
- Alimentación.
- Resolver dudas

Se utilizó audio visual y se verificaba lo aprendido.

3er. Día.

5ta. Sesión

- Rehabilitación en cirugía de cadera
- Luxación de material quirúrgico
- Manejo de las emociones en el adulto mayor
- Resolver dudas.

Se utilizó audio visual, andadero de cuatro puntos y reforzar lo aprendido.

6ta. Sesión

- Como cuidarse el cuidador primario
- Resolver dudas
- Confirmar citas

Se utilizó para esta sesión audiovisual.

Guía de cuidados.

Para la elaboración de la guía se consultaron 6 expertos en la temática , revisión la literatura con rigor científico y se preguntó a pacientes intervenidos con anterioridad en cirugía de cadera y cuidadores primarios cuales cuidados necesitaron saber para aplicarlos en casa, se les mostró

la guía de cuidados que se elaboro para que hicieran sugerencias y recomendaciones, basándose en su experiencia de vida así como las aportaciones en cuanto la comprensión del lenguaje utilizado, en la consulta externa del hospital INR.

La cual esta estructurada con el enfoque de prevención de complicaciones en: trombosis venosa profunda, afecciones respiratorias, estreñimiento, inmovilidad, úlceras por presión, luxación de material quirúrgico, post caídas, depresión, manejo del dolor, depresión, dependencia hacia un cuidador primario y colapso del cuidador primario.

7.8.2.- Recursos Humanos.

Doctora Silvia Crespo Knopfler (Director de tesis)

L.E.O. María Elena Fernández Jaimes (Realizadora de la investigación)

7.8.3. Materiales y apoyo logístico

Fotocopias de la guía de cuidados para el adulto mayor con cirugía de cadera para el cuidador primario, computadora, cañón, lápices, hojas, bolígrafos, expedientes para la selección de pacientes y cuidadores, centralización de pacientes por el médico.

7.8.4. **Físico:** Servicio de Traumatología, se brindara un área física especial para dar la intervención educativa, consultorio 7 en el servicio de la consulta externa.

7.9. Procesamiento de los datos.

7.9.1. Se realizó estudios descriptivos y análisis inferencial utilizando las pruebas no paramétricas de medidas de asociación (oportunidad relativa), Tablas de contingencia, Ji cuadrado, T de student con prueba de Levin , Mann Whitney, Anova con posthoc y Tukey.

7.10.- Instrumentos de medición (Anexo 3)

7.10.1. Instrumentos que se aplicaron al adulto mayor

- a) Índice de Katz 1959.
- b) Índice de la dependencia de la marcha de Holden 1984.
- c) Escala Multidimensional de apoyo social de Zimet 1988
- d) Short Portable Mental Status de Pfeiffer 1975.
- e) Cuestionario socio demográfico
- f) Exploración física para valorar complicaciones.

a). **Índice de Katz 1959.** Evalúa la continencia de esfínteres y el grado de dependencia funcional del paciente para la realización de cinco tipos de actividades cotidianas: levantarse, usar el baño y el retrete, vestirse y comer, con tres posibles respuestas que nos permiten clasificar a los pacientes en siete grupos (de mayor dependencia a mayor independencia). Especialmente diseñada para pacientes que sufrieron fractura de cadera.

Clasificación

- A. Independiente: alimentación, continencia, movilidad, uso del retrete, vestirse y bañarse.
- B. Independiente para todas las funciones anteriores excepto una.
- C. Independiente para todas excepto bañarse y otra función adicional.
- D. Independiente para todas excepto bañarse, vestirse y otra función adicional.
- E. Independiente para todas excepto bañarse, vestirse, uso del retrete y otra función adicional.
- F. Independiente para todas excepto bañarse, vestirse, uso del retrete, movilidad y otra función adicional.
- G. Dependiente en las seis funciones.

H. Dependiente en al menos dos funciones, pero no clasificable como C, D, E o F.

b). Índice de dependencia de la marcha de Holden 1984.

Es una escala que valora el grado de independencia para la marcha en cinco tipos, con independencia del tipo de dispositivo de ayuda que necesita (bastón, andador, etc.).

Tipo 0: marcha nula o ayuda física de 2 personas.

Tipo 1: marcha con gran ayuda física de una persona.

Tipo 2: marcha con ligero contacto físico de una persona.

Tipo 3: marcha solo pero necesita supervisión de una persona.

Tipo 4: marcha independiente en llano, no en escaleras.

Tipo 5: marcha independiente en llano y en escaleras.

c) Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido de Zimet

(MSPSS) 1988: La escala MSPSS está compuesta por 12 ítems, los cuales recogen información del apoyo social percibido por los individuos en tres áreas: familia, amigos y otros significativos, su formato de respuesta corresponde a una escala de acuerdo que va desde: 1 = muy en desacuerdo a 7 = muy de acuerdo. Para efectos de ésta investigación, luego de la prueba piloto, se debió cambiar ésta escala de acuerdo por una escala de tipo Likert con la siguiente categorización; alto: 36 o más puntos; medio: 12 a 36 puntos; bajo: menos de 12 puntos.

Valoración:

Apoyo social inexistente o muy escaso: 1 = casi nunca; 2 = a veces.

Apoyo social aceptable u óptimo: 3 = con frecuencia; 4 = casi siempre.

d). Short Portable Mental Status de Pfeiffer 1975:

Su objetivo es detectar los posibles desórdenes funcionales a nivel clínico: Explora orientación temporo-espacial, memoria, cálculo, y concentración.

Se considera de 0-2 errores= Funciones Mentales intactas; 3-4 errores= Deterioro mental leve; 5-7 errores =Deterioro mental moderado y 8-10 errores= Deterioro mental grave.

7.10.2. Instrumentos que se aplicaron al cuidador primario.

- a) Test de Percepción del Funcionamiento Familiar. FF-SIL 1994.
- b) Índice de Zarit sobrecarga del cuidador 1982.

a) Test de Percepción del Funcionamiento Familiar. FF-SIL 1994.

Es un instrumento que evalúa cuanti-cualitativamente la funcionalidad familiar, midiendo las variables cohesión, armonía, comunicación, permeabilidad, afectividad, roles y adaptabilidad.

De 70 a 57 pts. Familia funcional

De 56 a 43 pts. Familia moderadamente funcional

De 42 a 28 pts. Familia disfuncional

De 27 a 14 pts. Familia severamente disfuncional

b) Escala de Zarit de sobrecarga del cuidador 1982. Valora la carga del cuidador. La sobrecarga ("burden") del cuidador ha sido definida operativamente y medida usando diversos modelos sociales, cognitivos y comporta mentales Un modelo se basa en relacionar la sobrecarga del cuidador con el tipo específico de deterioro y necesidades del paciente, según las dificultades que se presenten al resolverlas. Presenta una fiabilidad entre 0,7 y 0,9 y una consistencia interna de 0,86¹²⁵. Menos de 47: no sobrecarga; de 47 a 55: sobrecarga leve; más de 56: sobrecarga intensa.

7.10.2 Validez

Los instrumentos utilizados, son de conocimiento y uso internacional, siendo “validados” en los países, donde se han aplicado.

7.11. Aspectos éticos y legales.

Se presento el protocolo y de dio conocimiento de la institución para la realización del estudio y se solicitará la autorización a su vez al comité ético del Instituto Nacional de Rehabilitación.

Antes de incluir a un participante en el estudio se le informo verbalmente de los objetivos del estudio y sobre qué consistirá su actuación en el mismo, y se entregó un documento de consentimiento informado en el que se reforzó por escrito la información dada verbalmente y la confidencialidad de los datos proporcionados.

La investigadora comunico a los participantes del estudio de los beneficios y riesgos potenciales que pudieran presentarse.

Para poder aclarar cualquier duda se dio a los participantes el número telefónico de la investigadora para acceder a ella en cualquier momento.

La investigación siguió los lineamiento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (titulo segundo, Capitulo I) por contar con un consentimiento informado y por escrito del sujeto de estudio (artículo 14,fracción V) al proteger la privacidad del mismo (artículo 16) para que no represente riesgo al sujeto de estudio(artículo 17 ,fracción I), por lo tanto esta investigación no pretende violar las garantías individuales que marca La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Para ello se aplico un documento de consentimiento informado a cada paciente y cuidador.

CAPÍTULO. 8

RESULTADOS

Los datos obtenidos en la investigación se obtuvieron por medio de cédulas, las cuales se procesaron con el software de análisis estadísticos Stastical Package Social Science (SPSS) versión 11.5 Los cuales se presentan en dos apartados: análisis descriptivo y análisis inferencial.

8.1 Análisis descriptivos

Se presentaron los datos en cuadros para su análisis, los cuales exponen en primera instancia las características tanto de la muestra de casos y controles del estudio de manera descriptiva, y posteriormente se conforman dos apartados de la muestra por casos y controles.

Datos Socio demográficos de la muestra de 60 Adultos Mayores y 60 Cuidadores Primarios.

8.1.1 Datos Socio demográficos de la muestra general de los adultos mayores con Cirugía de Cadera

Cuadro No.1
Sexo del Adulto Mayor

| Sexo | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------|------------|------------|
| Femenino | 44 | 73.3 |
| Masculino | 16 | 26.7 |
| Total | 60 | 100.0 |

Fuente: Datos obtenidos en las Encuestas aplicadas a los Adultos Mayores con Cirugía de Cadera, en los meses de Junio a Noviembre 2009.

Del total de los Adultos Mayores con Cirugía de Cadera que conformó la muestra se observa que predomina el sexo femenino con 73.3% (44) en comparación con el sexo masculino con un 26.7% (16).

Cuadro No.2
Edad de los Adultos Mayores

| Edad | Frecuencia | Porcentaje |
|------------|------------|------------|
| 60-65 años | 3 | 5.0 |
| 66-70 años | 4 | 6.7 |
| 71-75 años | 14 | 23.3 |
| 76-80 años | 9 | 15.0 |
| 81-85 años | 10 | 16.7 |
| 86 y más | 20 | 33.3 |
| Total | 60 | 100.0 |

Fuente: Datos obtenidos en las Encuestas aplicadas a los Adultos Mayores con Cirugía de Cadera, en los meses de Junio a Noviembre 2009.

En lo que respecta a la edad del adulto mayor, se encontró que hay una proporción semejante de adultos mayores de 81 años y más, 30 (50%) y adultos mayores de 60 años a 79 años también son 30 (50%).

Cuadro No.3
Escolaridad del Adulto Mayor

| Escolaridad | Frecuencia | Porcentaje |
|--|------------|------------|
| Analfabeto | 13 | 21.7 |
| Sin estudios (Sabe leer y escribir) | 28 | 46.7 |
| Primarios | 11 | 18.3 |
| Secundarios (Bachillerato) | 5 | 8.3 |
| Terciarios (Universitarios) | 3 | 5.0 |
| Total | 60 | 100.0 |

Fuente: Datos obtenidos en las Encuestas aplicadas a los Adultos Mayores con Cirugía de Cadera, en los meses de Junio a Noviembre 2009.

En relación al grado de escolaridad del Adulto Mayor se obtuvo que 28 (46.7%) no tienen estudios, pero sabe leer y escribir, lo cual lo adquirieron por medios propios; 13 (21.7%) son analfabetos y solo 3 (5%) tienen estudios universitarios.

Cuadro No.4
Ocupación del Adulto Mayor

| | Frecuencia | Porcentaje |
|-------------------|------------|------------|
| Hogar | 42 | 70.0 |
| Comerciante | 6 | 10.0 |
| Jubilada | 3 | 5.0 |
| Labores del Campo | 6 | 10.0 |
| Albañil | 1 | 1.7 |
| Obrero | 1 | 1.7 |
| Desempleado | 1 | 1.7 |
| Total | 60 | 100.0 |

Fuente: Datos obtenidos en las Encuestas aplicadas a los Adultos Mayores con Cirugía de Cadera, en los meses de Junio a Noviembre 2009.

En cuanto a la ocupación de los Adultos Mayores el 70% (42) se dedica al hogar; el 10% (6) es comerciante y desarrollaron labores del campo, y con el 1.7% (1) labores de albañil, obrero y desempleado respectivamente. Lo que resalta que solo un 5% (3) es jubilado.

Cuadro No.5
Persona con quién vive el Adulto Mayor

| | Frecuencia | Porcentaje |
|---------------|------------|------------|
| Cónyuge | 15 | 25.0 |
| Otro Familiar | 36 | 60.0 |
| Solo | 9 | 15.0 |
| Total | 60 | 100.0 |

Fuente: Datos obtenidos en las Encuestas aplicadas a los Adultos Mayores con Cirugía de Cadera, en los meses de Junio a Noviembre 2009.

De la persona con quien vive el Adulto Mayor, predomina otro familiar con un 36 (60%); 15 (25%) con el cónyuge y 9 (15%) vive solo. Este integrante del otro familiar por lo general es una mujer, quien asume la responsabilidad del cuidado en el hogar.

Cuadro No.6
Destino al Alta Hospitalaria

| | Frecuencia | Porcentaje |
|---------------------------------------|------------|------------|
| Domicilio particular | 40 | 66.7 |
| Domicilio de integrante de la familia | 18 | 30.0 |
| Otros | 2 | 3.3 |
| Total | 60 | 100.0 |

Fuente: Datos obtenidos en las Encuestas aplicadas a los Adultos Mayores con Cirugía de Cadera, en los meses de Junio a Noviembre 2009.

En el destino al alta hospitalaria del Adulto Mayor, 40 (66.7 %) regresa a su domicilio particular; 18 (30%) se van con un integrante de la familia y 2 (3.3) a otros (casa de reposo y a casa del vecino).

Cuadro No.7
Caídas previas en los tres últimos meses

| | Frecuencia | Porcentaje |
|----------|------------|------------|
| Ninguna | 16 | 26.7 |
| 1 caída | 16 | 26.7 |
| 2 caídas | 14 | 23.3 |
| 3 caídas | 9 | 15.0 |
| 4 caídas | 1 | 1.7 |
| 5 caídas | 3 | 5.0 |
| más de 5 | 1 | 1.7 |
| Total | 60 | 100.0 |

Fuente: Datos obtenidos en las Encuestas aplicadas a los Adultos Mayores con Cirugía de Cadera, en los meses de Junio a Noviembre 2009.

En las caídas previas en los tres últimos meses que presentaron los adultos mayores, una cuarta parte nunca sufrió caída previa a la fractura de cadera, tres cuartas partes sufrió de una caída en adelante.

Cuadro No.8
Patologías agregadas en los Adultos Mayores

| | Frecuencia | Porcentaje |
|---|------------|------------|
| Ninguna | 19 | 31.7 |
| Enfermedades crónico degenerativas | 19 | 31.7 |
| Enfermedades crónico degenerativas con secuelas | 22 | 36.7 |
| Total | 60 | 100.0 |

Fuente: Datos obtenidos en las Encuestas aplicadas a los Adultos Mayores con Cirugía de Cadera, en los meses de Junio a Noviembre 2009.

Como se puede observar en este cuadro lo que predomina son las enfermedades crónicas degenerativas como la Diabetes Mellitus, Hipertensión y problemas cardiológicos para ya con las secuelas de las mismas con 22(36.7%), 19 (31.7%) las enfermedades crónico degenerativas; mismo porcentaje que se observa en los adultos mayores que no padecen ninguna enfermedad con 19 (31.7%).

Cuadro No.9
Tipo de Material Quirúrgico

| | Frecuencia | Porcentaje |
|--------------------------------|------------|------------|
| Válidos | | |
| Osteosíntesis Placa DHS y DHHS | 23 | 38.3 |
| Osteosíntesis clavo PF | 21 | 35.0 |
| Artroplastia total de cadera | 16 | 26.7 |
| Total | 60 | 100.0 |

Fuente: Datos obtenidos en las Encuestas aplicadas a los Adultos Mayores con Cirugía de Cadera, en los meses de Junio a Noviembre 2009.

En lo que se refiere al tipo de material quirúrgico se encontró que las cirugías de osteosíntesis sobresalen con 44 (73.3%) de los cuales 21 son con material de Clavo PF y 23 con placa DHHS y DHS; en relación con Artroplastia de Cadera que fueron 16 (26.7%).

8.1.2. Datos Socio demográficos de la muestra general de los Cuidadores Primarios

Cuadro No.10
Edad del Cuidador Primario

| | Frecuencia | Porcentaje |
|------------|------------|------------|
| 20-39 años | 13 | 21.7 |
| 40-59 años | 28 | 46.7 |
| 60 y más | 19 | 31.7 |
| Total | 60 | 100.0 |

Fuente: Datos obtenidos en las Encuestas aplicadas a los Cuidadores Primarios de Adultos Mayores con Cirugía de Cadera, en los meses de Junio a Noviembre 2009.

En lo referente a la edad de los cuidadores primarios predomina el grupo de edad de adultos maduros con un 28 (46.7%), con 19 (31.7%) el grupo de adultos mayores y por ultimo con 13 (21.7%) adultos jóvenes.

Cuadro No. 11
Sexo del Cuidador Primario

| | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------|------------|------------|
| Femenino | 44 | 73.3 |
| Masculino | 16 | 26.7 |
| Total | 60 | 100.0 |

Fuente: Datos obtenidos en las Encuestas aplicadas a los Cuidadores Primarios de Adultos Mayores con Cirugía de Cadera, en los meses de Junio a Noviembre 2009.

En relación al sexo del cuidador primario se observo que 44 (73.3%) son mujeres en comparación con los hombres que fueron 16 (26.7%).

Cuadro No. 12
Estado Civil de Cuidador Primario

| | Frecuencia | Porcentaje |
|-------------|------------|------------|
| Casado | 38 | 63.3 |
| Divorciado | 1 | 1.7 |
| Unión libre | 3 | 5.0 |
| Separado | 4 | 6.7 |
| Soltero | 13 | 21.7 |
| Viudo | 1 | 1.7 |
| Total | 60 | 100.0 |

Fuente: Datos obtenidos en las Encuestas aplicadas a los Cuidadores Primarios de Adultos Mayores con Cirugía de Cadera, en los meses de Junio a Noviembre 2009.

En cuanto al estado civil de los cuidadores, 38 (63.3%) son casados; 13 (21.7%) son solteros y en menor numero un divorciado con 1.7% así como un viudo con el 1.7%.

Cuadro No. 13
Escolaridad del Cuidador Primario

| | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------------------------|------------|------------|
| Analfabeto | 3 | 5.0 |
| Sin estudios (sabe leer) | 8 | 13.3 |
| Estudios Primarios | 25 | 41.7 |
| Secundarios (bachillerato) | 13 | 21.7 |
| Terciarios (Profesional) | 11 | 18.3 |
| Total | 60 | 100.0 |

Fuente: Datos obtenidos en las Encuestas aplicadas a los Cuidadores Primarios de Adultos Mayores con Cirugía de Cadera, en los meses de Junio a Noviembre 2009.

El grado de escolaridad de los Cuidadores Primarios se encontró que 25 (41.7%) tienen estudios primarios; 13 (21.7 %) tienen estudios secundarios y 3 (5%) son analfabetos.

Cuadro No.14
Parentesco con el Adulto Mayor

| | Frecuencia | Porcentaje |
|------------|------------|------------|
| Cónyuge | 7 | 11.7 |
| Hija (o) | 38 | 63.3 |
| Nuera | 6 | 10.0 |
| Nieto(a) | 2 | 3.3 |
| Sobrino(a) | 2 | 3.3 |
| Otros | 5 | 8.3 |
| Total | 60 | 100.0 |

Fuente: Datos obtenidos en las Encuestas aplicadas a los Cuidadores Primarios de Adultos Mayores con Cirugía de Cadera, en los meses de Junio a Noviembre 2009.

El parentesco con el adulto mayor con 38 (63.3%) fueron las hijas (o); el cónyuge con 7 (11.7%); la participación de las nueras con 6 (10%); las nietas (os) y los sobrinos (as) fueron 2 (3.3%) y otros con 5(8.3%) esta compuesto por vecinos, amigos y bisnietos quienes también son participes en el cuidado de los adultos mayores siendo redes de apoyo sociales.

Cuadro No.15
Ocupación del Cuidador Primario

| | Frecuencia | Porcentaje |
|-------------------------|------------|------------|
| Hogar | 37 | 61.7 |
| Ejerce algún oficio | 18 | 30.0 |
| Ejerce alguna profesión | 2 | 3.3 |
| Desempleado | 3 | 5.0 |
| Total | 60 | 100.0 |

Fuente: Datos obtenidos en las Encuestas aplicadas a los Cuidadores Primarios de Adultos Mayores con Cirugía de Cadera, en los meses de Junio a Noviembre 2009.

En lo que respecta a la ocupación de los cuidadores primarios se observo que 23 (38.3%) trabaja en diversas profesiones y oficios; 37 (61.7%) cuidadores se dedican al hogar.

Cuadro No. 16
Cuidador Primario padece alguna enfermedad

| | Frecuencia | Porcentaje |
|-------|------------|------------|
| no | 44 | 73.3 |
| sí | 16 | 26.7 |
| Total | 60 | 100.0 |

Fuente: Datos obtenidos en las Encuestas aplicadas a los Cuidadores Primarios de Adultos Mayores con Cirugía de Cadera, en los meses de Junio a Noviembre 2009.

Del total de 60 cuidadores primarios el tres cuartas partes (73.3%) no padece ninguna enfermedad y una cuarta parte (26.7%) si padecen alguna enfermedad. Con esto es importante implementar programas de apoyo para los cuidadores en relación del manejo de sus enfermedades.

Cuadro no.17
Enfermedad que padece el Cuidador Primario

| | Frecuencia | Porcentaje |
|--|------------|------------|
| Ninguna | 44 | 73.3 |
| Hipertensión | 3 | 5.0 |
| Diabetes Mellitus | 7 | 11.7 |
| Hipertensión y Diabetes Mellitus | 2 | 3.3 |
| DM, Hipertensión, Problemas visuales, Artritis | 1 | 1.7 |
| Vértigo, osteopenia. | 1 | 1.7 |
| Hipotensión Problemas | 1 | 1.7 |
| Ginecológicos y Artritis | 1 | 1.7 |
| Total | 60 | 100.0 |

Fuente: Datos obtenidos en las Encuestas aplicadas a los Cuidadores Primarios de Adultos Mayores con Cirugía de Cadera, en los meses de Junio a Noviembre 2009.

De las enfermedades que padece el cuidador primario se encontró que 44 (73.3) no padece ninguna enfermedad y 16 (26.7%) padecen alguna enfermedad crónico degenerativos y ginecológicos.

8.1.3. Datos Socio demográficos del grupo de casos y control de Adultos Mayores con cirugía de cadera

Cuadro No. 18
Edad de los Adultos Mayores

| Edad | Grupo de casos | | Grupo control | |
|------------|----------------|------------|---------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje | Frecuencia | Porcentaje |
| 60-65 años | 2 | 6.7 | 1 | 3.3 |
| 66-70 años | 2 | 6.7 | 2 | 6.7 |
| 71-75 años | 7 | 23.3 | 7 | 23.3 |
| 76-80 años | 3 | 10.0 | 6 | 20.0 |
| 81-85 años | 8 | 26.7 | 2 | 6.7 |
| 86 y más | 8 | 26.7 | 12 | 40.0 |
| Total | 30 | 100.0 | 30 | 100 |

Fuente: Datos obtenidos en las Encuestas aplicadas a los Adultos Mayores con Cirugía de Cadera, en los meses de Junio a Noviembre 2009.

El grupo de casos lo integraron 16 (53.4%) adultos mayores con edades entre 81 y más de 86 años, 10 (33.3%) de 71 a 80 años y 4(13.4%) de 60 a 70 años.

El grupo de control tuvo a 14 (46.7) adultos mayores en las edades de 81 a 86 y más, 13 (43.3) con las edades de 71 a 80 años y 3 (10) de 60 a 70 años.

Cuadro No.19
Sexo de los Adultos Mayores

| Sexo | Grupo de casos | | Grupo de controles | |
|-----------|----------------|------------|--------------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje | Frecuencia | Porcentaje |
| Femenino | 23 | 76.7 | 21 | 70.0 |
| Masculino | 7 | 23.3 | 9 | 30.0 |
| Total | 30 | 100.0 | 30 | 100.0 |

Fuente: Datos obtenidos en las Encuestas aplicadas a los Adultos Mayores con Cirugía de Cadera, en los meses de Junio a Noviembre 2009.

El sexo femenino predominó en ambos grupos en el de casos con 23 (76.7%) y en el de control 21(70%) y el sexo masculino en el grupo de casos con 7 (23.3%) y en el de control 9 (30%).

Cuadro No. 20
Escolaridad del Adulto Mayor

| Escolaridad | Grupo de casos | | Grupo de controles | |
|--|----------------|------------|--------------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje | Frecuencia | Porcentaje |
| Analfabeto | 6 | 20.0 | 7 | 23.3 |
| Sin estudios (Sabe leer y escribir) | 14 | 46.7 | 14 | 46.7 |
| Primarios | 6 | 20.0 | 5 | 16.7 |
| Secundarios (Bachillerato) | 3 | 10.0 | 2 | 6.7 |
| Terciarios (Universitarios) | 1 | 3.3 | 2 | 6.7 |
| Total | 30 | 100.0 | 30 | 100.0 |

Fuente: Datos obtenidos en las Encuestas aplicadas a los Adultos Mayores con Cirugía de Cadera, en los meses de Junio a Noviembre 2009.

La escolaridad en el grupo de casos fue 14 (46.7%) sin estudios pero sabe leer y escribir, 6 (20.0%) son analfabetas, 6 (20.0%) tienen estudios primarios; 3 (10.0%) tienen estudios secundarios y 1(3.3%) con estudios universitarios.

En el grupo de control 14 (46.7) adultos mayores están sin estudios pero saben leer y escribir; 7 (23.3) son analfabetos; 5 (16.7) tienen estudios primarios y 4 (13.4) tienen estudios secundarios y terciarios.

Cuadro No. 21
Persona con quién vive el adulto Mayor

| | Grupo de casos | | Grupo de control | |
|----------|----------------|------------|------------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje | Frecuencia | Porcentaje |
| Cónyuge | 7 | 23.3 | 8 | 26.7 |
| Familiar | 18 | 60.0 | 18 | 60.0 |
| Solo | 5 | 16.7 | 4 | 13.3 |
| Total | 30 | 100.0 | 30 | 100.0 |

Fuente: Datos obtenidos en las Encuestas aplicadas a los Adultos Mayores con Cirugía de Cadera, en los meses de Junio a Noviembre 2009.

Las personas con quién viven el adulto mayor es un familiar con 18 (60.0%) en ambos grupos y los restantes 12 (40%) fueron los cónyuge o vive solo, respectivamente en cada grupo.

Cuadro No. 22
Destino al Alta del Adulto mayor

| Destino al alta | Grupo de casos | | Grupo de control | |
|---------------------------------------|----------------|------------|------------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje | Frecuencia | Porcentaje |
| Domicilio particular | 21 | 70.0 | 19 | 63.3 |
| Domicilio de integrante de la familia | 8 | 26.7 | 10 | 33.3 |
| Otros | 1 | 3.3 | 1 | 3.3 |
| Total | 30 | 100.0 | 30 | 100.0 |

Fuente: Datos obtenidos en las Encuestas aplicadas a los Adultos Mayores con Cirugía de Cadera, en los meses de Junio a Noviembre 2009.

El adulto mayor al ser dado de alta 21 (70%) regresó a su domicilio particular; 8 (26.7%) se van al domicilio de algún integrante de la familia y 1 (3.3%) se va a otro (asilo) esto se presento en el grupo de casos.

En el grupo de control los adultos mayores se fueron a su domicilio particular con 19 (63.3%); 10(33.3%) se fueron al domicilio de uno de los integrantes de la familia y 1(3.3%) se fue a la casa de su vecina.

Cuadro No.23
Patologías agregadas del Adulto Mayor

| Patologías agregadas | Grupo de casos | | Grupo de control | |
|---|----------------|------------|------------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje | Frecuencia | Porcentaje |
| Ninguna | 11 | 36.7 | 8 | 26.7 |
| Enfermedades crónico degenerativas | 8 | 26.7 | 11 | 36.7 |
| Enfermedades crónico degenerativas con secuelas | 11 | 36.7 | 11 | 36.7 |
| Total | 30 | 100.0 | 30 | 100.0 |

Fuente: Datos obtenidos en las Encuestas aplicadas a los Adultos Mayores con Cirugía de Cadera, en los meses de Junio a Noviembre 2009.

De las enfermedades que presentaron los adultos mayores, en el grupo de casos hay una similitud con 11(36.7%) en las enfermedades crónicas degenerativas con secuelas y ninguna enfermedad respectivamente y con 8 (26.7%) las enfermedades crónico degenerativas.

El grupo de control se observó que 11(36.7) adultos mayores presentaron enfermedades crónico degenerativas y con secuelas en cada rubro y 8 (26.7) ninguna enfermedad.

Cuadro No.24
Tipo de Material Quirúrgico

| Tipo de material Quirúrgico | Grupo de casos | | Grupo de control | |
|--------------------------------|----------------|------------|------------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje | Frecuencia | Porcentaje |
| Osteosíntesis Placa DHS y DHHS | 9 | 30.0 | 14 | 46.6 |
| Osteosíntesis clavo PF | 13 | 43.3 | 8 | 26.7 |
| Artroplastia total de cadera | 8 | 26.7 | 8 | 26.7 |
| Total | 30 | 100.0 | 30 | 100.0 |

Fuente: Datos obtenidos en las Encuestas aplicadas a los Adultos Mayores con Cirugía de Cadera, en los meses de Junio a Noviembre 2009.

En lo que respecta al tipo de material quirúrgico en ambos grupos se tuvieron 22 (73.3%) adultos mayores con cirugía de osteosíntesis y 8 (26.7%) con artroplastia total de cadera.

8.1.4. Datos Socio demográficos del grupo de casos y control de Cuidador Primario

Cuadro No.24
Edad del Cuidador Primario

| Edad | Grupo de casos | | Grupo de control | |
|------------|----------------|------------|------------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje | Frecuencia | Porcentaje |
| 20-39 años | 9 | 30.0 | 4 | 13.3 |
| 40-59 años | 14 | 46.7 | 14 | 46.7 |
| 60 y más | 7 | 23.3 | 12 | 40.0 |
| Total | 30 | 100.0 | 30 | 100.0 |

Fuente: Datos obtenidos en las Encuestas aplicadas a los Cuidadores Primarios de Adultos Mayores con Cirugía de Cadera, en los meses de Junio a Noviembre 2009

En la edad del cuidador primario del grupo de casos, 14 (46.7%) fueron adultos maduros; 9 (30.0%) adultos jóvenes y 7 (23.3%) adultos mayores. En el grupo de control la edad del cuidador primario se observó, que 14 (46.7%) son adultos maduros; 12 (40.0%) son adultos mayores y 4 (13.3%) son adultos jóvenes.

Cuadro No.25
Sexo del Cuidador Primario

| | Grupo de casos | | Grupo de control | |
|-----------|----------------|------------|------------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje | Frecuencia | Porcentaje |
| Femenino | 20 | 66.7 | 24 | 80.0 |
| Masculino | 10 | 33.3 | 6 | 20.0 |
| Total | 30 | 100.0 | 30 | 100.0 |

Fuente: Datos obtenidos en las Encuestas aplicadas a los Cuidadores Primarios de Adultos Mayores con Cirugía de Cadera, en los meses de Junio a Noviembre 2009

El sexo del cuidador en el grupo de casos predomina el femenino con 20 (66.7%) al igual que en el grupo control con 24(80.0%). El sexo Masculino en el grupo de casos fue de 10 (33.3%) en comparación con el grupo de control, que fueron 6 (20.0%).

Cuadro No.26
Escolaridad del Cuidador Primario

| Escolaridad | Grupo de casos | | Grupo de control | |
|-------------------------------------|----------------|------------|------------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje | Frecuencia | Porcentaje |
| Analfabeto | 1 | 3.3 | 2 | 6.7 |
| Sin estudios (sabe leer y escribir) | 6 | 20.0 | 2 | 6.7 |
| Estudios Primarios | 11 | 36.7 | 14 | 46.7 |
| Secundarios (bachillerato) | 6 | 20.0 | 7 | 23.3 |
| Terciarios (Profesional) | 6 | 20.0 | 5 | 16.7 |
| Total | 30 | 100.0 | 30 | 100.0 |

Fuente: Datos obtenidos en las Encuestas aplicadas a los Cuidadores Primarios de Adultos Mayores con Cirugía de Cadera, en los meses de Junio a Noviembre 2009

En lo que respecta a la escolaridad del cuidador primario, 12(40.0%) tienen estudios secundarios y terciarios; 11(36.7%) tienen estudios primarios; 6 (20.0%) sin estudios pero saben leer y escribir y 1(3.3%) es analfabeto en el grupo de casos.

En el grupo control 14 (46.7%) cuidadores tienen estudios primarios; 12 (40.0%) tienen estudios secundarios y terciarios, 4 (13.4%) sin estudios (pero saben leer y escribir) y analfabetas.

Cuadro No.27
Parentesco con el Adulto Mayor

| Parentesco | Grupos de casos | | Grupo de control | |
|------------|-----------------|------------|------------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje | Frecuencia | Porcentaje |
| Cónyuge | 1 | 3.3 | 6 | 20.0 |
| Hija (o) | 21 | 70.0 | 17 | 56.7 |
| Nuera | 3 | 10.0 | 3 | 10.0 |
| Nieto(a) | 1 | 3.3 | 1 | 3.3 |
| Sobrino(a) | 2 | 6.7 | 0 | 0 |
| Otros | 2 | 6.7 | 3 | 10.0 |
| Total | 30 | 100.0 | 30 | 100.0 |

Fuente: Datos obtenidos en las Encuestas aplicadas a los Cuidadores Primarios de Adultos Mayores con Cirugía de Cadera, en los meses de Junio a Noviembre 2009

El parentesco que tiene el cuidador con el adulto mayor en el grupo de casos predomina la hija (o) con 21(70.0%); 4 (13.4%) la sobrina (o) y otros y 2 (6.6%) el cónyuge y la nieta (o).

En el grupo control el parentesco fue de 17(56.7%) hijas (os); 12 (40.0%) fueron cónyuge, nuera y otros y 1(3.3%) nieta.

Cuadro No.28
Estado Civil de Cuidador Primario

| | Grupo de control | | Grupo de casos | |
|-------------|------------------|------------|----------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje | Frecuencia | Porcentaje |
| Casado | 18 | 60.0 | 20 | 66.7 |
| Divorciado | 1 | 3.3 | 0 | 0 |
| Unión libre | 2 | 6.7 | 1 | 3.3 |
| Separado | 4 | 13.3 | 0 | 0 |
| Soltero | 5 | 16.7 | 8 | 26.7 |
| Viudo | 0 | 0 | 1 | 3.3 |
| Total | 30 | 100.0 | 30 | 100 |

Fuente: Datos obtenidos en las Encuestas aplicadas a los Cuidadores Primarios de Adultos Mayores con Cirugía de Cadera, en los meses de Junio a Noviembre 2009

En lo que corresponde al estado civil en el grupo de casos, 18(60.0%) cuidadores están casados mientras que el restante 12 (40.0%) esta divorciado, separado, unión libre y es soltero.

En el grupo control, 20 (66.7%) esta casada; 8 (26.7%) son solteros y 2 (6.6%) uno viudo y el otro en unión libre.

Cuadro No.29
Ocupación del Cuidador Primario

| Ocupación | Grupo de casos | | Grupo de control | |
|-------------------------|----------------|------------|------------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje | Frecuencia | Porcentaje |
| Hogar | 16 | 53.3 | 21 | 70.0 |
| Ejerce algún oficio | 11 | 36.7 | 7 | 23.3 |
| Ejerce alguna profesión | 1 | 3.3 | 1 | 3.3 |
| Desempleado | 2 | 6.7 | 1 | 3.3 |
| Total | 30 | 100.0 | 30 | 100.0 |

Fuente: Datos obtenidos en las Encuestas aplicadas a los Cuidadores Primarios de Adultos Mayores con Cirugía de Cadera, en los meses de Junio a Noviembre 2009

En ambos grupos la ocupación del cuidador primario que sobresale es al hogar con 16 (53.3%) en el grupo de casos y 21 (70%) en el grupo control.

En el grupo de casos 11(36.7%) ejerce algún oficio; 1 (3.3%) ejerce alguna profesión y 2 (6.7%) son desempleados.

En el grupo control, 9 (30.0%) ejercen algún oficio o profesión y esta desempleado.

Cuadro No.30

Para establecer, si ambos grupos, el de casos y el de control presentaban características socio-demográficas homogéneas se realizó comprobación de medias y prueba de Chi cuadrada

| Variable | Grupos de caso y control | Media | Chi cuadrado |
|-----------------------------------|--------------------------|-------|--------------|
| Edad | Controles | 4.40 | .333 |
| | Casos | 4.23 | |
| Sexo | Controles | 1.30 | .386 |
| | Casos | 1.23 | |
| Escolaridad del Adulto mayor | Controles | 2.27 | .951 |
| | Casos | 2.30 | |
| Ocupación | Controles | 1.83 | .664 |
| | Casos | 1.97 | |
| Persona con quién vive | Controles | 2.00 | .915 |
| | Casos | 2.10 | |
| Patologías agregadas | Controles | 2.10 | .623 |
| | Casos | 2.00 | |
| Tipo de Material Quirúrgico | Controles | 1.80 | .320 |
| | Casos | 1.97 | |
| Edad del cuidador primario | Controles | 2.27 | .198 |
| | Casos | 1.93 | |
| Sexo del Cuidador Primario | Controles | 1.20 | .191 |
| | Casos | 1.33 | |
| Escolaridad del Cuidador Primario | Controles | 3.37 | .581 |
| | Casos | 3.33 | |

Fuente: Datos obtenidos en las Encuestas aplicadas a los Cuidadores Primarios de Adultos Mayores con Cirugía de Cadera, en los meses de Junio a Noviembre 2009

Como se puede observar en este cuadro si hay homogeneidad en el grupo de casos y en el grupo control.

8.2. Análisis inferencial

Se presentan los resultados de la intervención educativa de los adultos mayores y cuidadores primarios sobre cuidados en el hogar en cirugía de cadera en tablas de 2x2. Utilizando las pruebas no paramétricas de medidas de asociación (oportunidad relativa), Tablas de contingencia, Ji cuadrado, Prueba de T con prueba de Levine, Mann Whitney y Anova con posthoc, Tukey.

Tabla No.1

Totales de Grupos de casos y control en Úlceras por presión.

| | Presencia de úlceras por presión | | | | | | Total |
|--------------------|----------------------------------|----|-----------------|----|------------------|----|-------|
| | 1era. Valoración | | 2da. Valoración | | 3era. Valoración | | |
| | no | sí | no | sí | no | sí | |
| Grupo de casos | 28 | 2 | 28 | 2 | 29 | 1 | 30 |
| Grupo de controles | 26 | 4 | 14 | 16 | 13 | 17 | 30 |
| Total. | 54 | 6 | 42 | 18 | 42 | 18 | 60 |

Fuente: Datos obtenidos en las Encuestas aplicadas a los Adultos Mayores con Cirugía de Cadera, en los meses de Junio a Noviembre 2009

En esta tabla se puede observar que en la primera valoración ambos grupos están compensados en la presencia de úlceras por presión al ser dados de altas los pacientes ya que se obtuvo una significancia de .335 (cuadro 1); en la segunda valoración, la intervención educativa en el grupo de casos mantiene de forma significativa la ausencia de úlceras por presión en los pacientes en comparación con el grupo control, arrojando una significancia de .000 (Cuadro 1); en la tercera valoración se obtuvo una mayor ausencia de úlceras por presión en grupo de casos en comparación con el grupo control, teniendo una significancia de .000 (cuadro1).

Cuadro No. 1

Chi cuadrado en Totales de Grupos de casos y control en Úlceras por presión.

| | 1era. Valoración | | | | 2da. Valoración | | | | 3era. valoración | | | |
|---|------------------|-----------------------------|-------------------------|--------------------------|-----------------|-----------------------------|-------------------------|--------------------------|------------------|-----------------------------|-------------------------|--------------------------|
| | Valor | Sig. asintótica (bilateral) | Sig. exacta (bilateral) | Sig. exacta (unilateral) | Valor | Sig. asintótica (bilateral) | Sig. exacta (bilateral) | Sig. exacta (unilateral) | Valor | Sig. asintótica (bilateral) | Sig. exacta (bilateral) | Sig. exacta (unilateral) |
| Chi-cuadrado de Pearson | .741 | .389 | | | 15.556 | .000 | | | 20.317 | .000 | | |
| Corrección por continuidad(a) | .185 | .667 | | | 13.413 | .000 | | | 17.857 | .000 | | |
| Razón de verosimilitud Estadístico exacto de Fisher | .754 | .385 | .671 | .335 | 17.153 | .000 | .000 | .000 | 23.481 | .000 | .000 | .000 |
| Asociación lineal por lineal | .728 | .393 | | | 15.296 | .000 | | | 19.979 | .000 | | |
| N de casos válidos | 60 | | | | 60 | | | | 60 | | | |

Fuente: Datos obtenidos en las Encuestas aplicadas a los Cuidadores Primarios de Adultos Mayores con Cirugía de Cadera, en los meses de Junio a Noviembre 2009

Graficas No.1

Totales de Grupos de casos y control en Úlceras por presión.

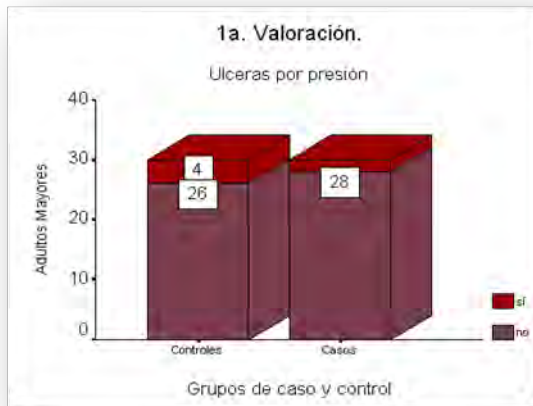


Tabla No.2

Totales de Grupos de casos y control en Grados por úlceras por presión.

| | Grados por úlceras por presión | | | | | | | | | | Total |
|--------------------|--------------------------------|-----------|------------|-----------------|-----------|------------|------------------|-----------|------------|-------------|-------|
| | 1era. Valoración | | | 2da. Valoración | | | 3era. Valoración | | | | |
| | No aplica | Estadio I | Estadio II | No aplica | Estadio I | Estadio II | No aplica | Estadio I | Estadio II | Estadio III | |
| Grupo de casos | 28 | 1 | 1 | 28 | 1 | 1 | 29 | 0 | 1 | 0 | 30 |
| Grupo de controles | 26 | 4 | 0 | 14 | 14 | 2 | 13 | 6 | 10 | 1 | 30 |
| Total. | 54 | 5 | 1 | 42 | 15 | 3 | 42 | 6 | 11 | 1 | 60 |

Fuente: Datos obtenidos en las Encuestas aplicadas a los Adultos Mayores con Cirugía de Cadera, en los meses de Junio a Noviembre 2009

En lo relacionado al grado de úlceras por presión que presentan los pacientes en la primera valoración al ser dados de alta se presentó que predominan las de estadio I, en ambos grupos, teniendo una significancia de .238 (cuadro2); en la segunda valoración en el grupo de casos se observa que se mantiene el mismo numero de adultos mayores en relación al grado de la ulcera por presión lo cual se traduce que la intervención educativa es funcional en comparación con el grupo control en donde se tuvo un aumento en el estadio I y II, teniendo una significancia de .000 (cuadro 2); y en la tercera valoración se observa en el

grupo control, un aumento en el grado de úlceras por presión en los estadios II y III, en comparación con el grupo de casos que solo se presentó un solo paciente con úlcera por presión, estadio I, lo cual se tiene una significancia de .000 (cuadro 2).

Cuadro No.2
Chi-cuadrado Totales de Grupos de casos y control en Grados por úlceras por presión

| | 1era. Valoración | | | 2da. Valoración | | | 3era. Valoración | | |
|------------------------------|------------------|----|-----------------------------|-----------------|----|-----------------------------|------------------|----|-----------------------------|
| | Valor | gl | Sig. asintótica (bilateral) | Valor | gl | Sig. asintótica (bilateral) | Valor | gl | Sig. asintótica (bilateral) |
| Chi-cuadrado de Pearson | 2.874(a) | 2 | .238 | 16.267(a) | 2 | .000 | 20.459(a) | 3 | .000 |
| Razón de verosimilitud | 3.388 | 2 | .184 | 18.543 | 2 | .000 | 24.503 | 3 | .000 |
| Asociación lineal por lineal | .120 | 1 | .729 | 11.260 | 1 | .001 | 16.677 | 1 | .000 |
| N de casos válidos | 60 | | | 60 | | | 60 | | |

Fuente: Datos obtenidos en las Encuestas aplicadas a los Adultos Mayores con Cirugía de Cadera, en los meses de Junio a Noviembre 2009

Tabla No.3

Totales de Grupos de casos y control en Trombosis venosa profunda.

| | Trombosis venosa profunda | | | | | | Total |
|--------------------|---------------------------|----|-----------------|----|------------------|----|-------|
| | 1era. Valoración | | 2da. Valoración | | 3era. Valoración | | |
| | no | sí | no | sí | no | sí | |
| Grupo de casos | 29 | 1 | 30 | 0 | 30 | 0 | 30 |
| Grupo de controles | 27 | 3 | 29 | 1 | 30 | 0 | 30 |
| Total. | 56 | 4 | 59 | 1 | 60 | 0 | 60 |

Fuente: Datos obtenidos en las Encuestas aplicadas a los Adultos Mayores con Cirugía de Cadera, en los meses de Junio a Noviembre 2009

En ambos grupos en la primera valoración, predomina la ausencia de trombosis venosa profunda, teniendo una significancia de .306 (cuadro 3); en la segunda valoración en el grupo control sólo un adulto mayor presento trombosis venosa profunda en comparación con el grupo de casos que no presento esta complicación, teniendo una significancia de .500 (cuadro3); en la tercera valoración ambos grupos no presentaron trombosis venosa profunda.

Cuadro No.3

Chi-cuadrado Totales de Grupos de casos y control en Trombosis venosa

| | 1era. valoración | | | | | 2da. Valoración. | | | | |
|-------------------------------|------------------|----|-----------------------------|-------------------------|--------------------------|------------------|----|-----------------------------|-------------------------|--------------------------|
| | Valor | gl | Sig. asintótica (bilateral) | Sig. exacta (bilateral) | Sig. exacta (unilateral) | Valor | gl | Sig. asintótica (bilateral) | Sig. exacta (bilateral) | Sig. exacta (unilateral) |
| Chi-cuadrado de Pearson | 1.071(b) | 1 | .301 | | | 1.017(b) | 1 | .313 | | |
| Corrección por continuidad(a) | .268 | 1 | .605 | | | .000 | 1 | 1.000 | | |
| Razón de verosimilitud | 1.118 | 1 | .290 | | | 1.403 | 1 | .236 | | |
| Estadístico exacto de Fisher | | | | .612 | .306 | | | | 1.000 | .500 |
| Asociación lineal por lineal | 1.054 | 1 | .305 | | | 1.000 | 1 | .317 | | |
| N de casos válidos | 60 | | | | | 60 | | | | |

Fuente: Datos obtenidos en las Encuestas aplicadas a los Adultos Mayores con Cirugía de Cadera, en los meses de Junio a Noviembre 2009

Tabla No.4

Totales de Grupos de casos y control en Signos y síntomas de trombosis venosa profunda.

| | Signos y síntomas de trombosis venosa profunda. | | | | | | Total |
|--------------------|---|--|---------------------------|-----------------|--|------------------|-------|
| | 1era. valoración | | | 2da. Valoración | | 3era. Valoración | |
| | No aplica | Cambios en el color de la piel en una pierna | Inflamación en una pierna | No aplica | Cambios en el color de la piel en una pierna | No aplica | |
| Grupo de casos | 29 | 1 | 0 | 30 | 0 | 30 | |
| Grupo de controles | 27 | 1 | 2 | 29 | 1 | 30 | 30 |
| Total | 56 | 1 | 3 | 59 | 1 | 60 | 60 |

Fuente: Datos obtenidos en las Encuestas aplicadas a los Adultos Mayores con Cirugía de Cadera, en los meses de Junio a Noviembre 2009

El grupo de casos sólo se presentó un adulto mayor en los signos y síntomas de trombosis venosa profunda, en comparación con el grupo control con tres adultos mayores, con una significancia de .495 (cuadro 4); en la segunda valoración, el grupo de casos no se presentó signos y síntomas de trombosis venosa profunda y el grupo control un paciente con cambio de color de la piel en la pierna, con una significancia de .500 (cuadro 4); y en la tercera valoración hubo ausencia de estos signos y síntomas en ambos grupos. Es necesario referir que en los grupos de casos y controles en ambos se ministra como rutina un anticoagulante por vía oral.

Cuadro No.4

Chi-cuadrado Totales de Grupos de casos y control en Signos y síntomas de trombosis venosa profunda.

| | 1era. Valoración | | | | 2da. valoración | | | | |
|------------------------------|------------------|----|-----------------------------|---|-----------------|----|-----------------------------|-------------------------|--------------------------|
| | Valor | gl | Sig. asintótica (bilateral) | | Valor | gl | Sig. asintótica (bilateral) | Sig. exacta (bilateral) | Sig. exacta (unilateral) |
| Chi-cuadrado de Pearson | 1.405(a) | 2 | .495 | Chi-cuadrado de Pearson | 1.017(b) | 1 | .313 | | |
| Razón de verosimilitud | 1.798 | 2 | .407 | Corrección por continuidad(a) | .000 | 1 | 1.000 | | |
| Asociación lineal por lineal | .493 | 1 | .482 | Razón de verosimilitud Estadístico exacto de Fisher | 1.403 | 1 | .236 | 1.000 | .500 |
| N de casos válidos | 60 | | | Asociación lineal por lineal | 1.000 | 1 | .317 | | |
| | | | | N de casos válidos | 60 | | | | |

Fuente: Datos obtenidos en las Encuestas aplicadas a los Adultos Mayores con Cirugía de Cadera, en los meses de Junio a Noviembre 2009

Tabla No.5

Totales de Grupos de casos y control en Estreñimiento.

| | Estreñimiento | | | | | | Total |
|--------------------|------------------|----|-----------------|----|------------------|----|-------|
| | 1era. Valoración | | 2da. Valoración | | 3era. Valoración | | |
| | no | sí | no | sí | no | sí | |
| Grupo de casos | 30 | 0 | 29 | 1 | 30 | 0 | 30 |
| Grupo de controles | 26 | 4 | 17 | 13 | 12 | 18 | 30 |
| Total. | 56 | 4 | 46 | 14 | 42 | 18 | 60 |

Fuente: Datos obtenidos en las Encuestas aplicadas a los Adultos Mayores con Cirugía de Cadera, en los meses de Junio a Noviembre 2009.

En la tabla se puede observar que en el grupo de casos los adultos mayores no presentaron estreñimiento y el grupo control 4 adultos mayores presentaron estreñimiento al ser dados de alta, con una significancia de .056 (cuadro 5); en la segunda valoración en el grupo de casos solo un adulto mayor presento estreñimiento y en el grupo control 13 adultos mayores si presentaron estreñimiento, esto refleja que la intervención educativa presenta una diferencia estadísticamente significativa con .000 (cuadro5); en la tercera valoración se presenta un aumento de 18 adultos mayores con estreñimiento en el grupo control y ninguno en el grupo de casos, con una significancia de .000 (cuadro 5).

Cuadro No. 5

Chi-cuadrado Totales de Grupos de casos y control en Estreñimiento.

| | 1era.Valoración | | | | | 2do.Valoración | | | | | 3era.Valoración | | | | |
|---|-----------------|----|-----------------------------|-------------------------|--------------------------|----------------|----|-----------------------------|-------------------------|--------------------------|-----------------|----|-----------------------------|-------------------------|--------------------------|
| | Valor | gl | Sig. asintótica (bilateral) | Sig. exacta (bilateral) | Sig. exacta (unilateral) | Valor | gl | Sig. asintótica (bilateral) | Sig. exacta (bilateral) | Sig. exacta (unilateral) | Valor | gl | Sig. asintótica (bilateral) | Sig. exacta (bilateral) | Sig. exacta (unilateral) |
| Chi-cuadrado de Pearson | 4.286 | 1 | .038 | | | 13.416 | 1 | .000 | | | 25.714 | 1 | .000 | | |
| Corrección por continuidad(a) | 2.411 | 1 | .121 | | | 11.273 | 1 | .001 | | | 22.937 | 1 | .000 | | |
| Razón de verosimilitud Estadístico exacto de Fisher | 5.831 | 1 | .016 | .112 | .056 | 15.370 | 1 | .000 | .000 | .000 | 32.923 | 1 | .000 | .000 | .000 |
| Asociación lineal por lineal | 4.214 | 1 | .040 | | | 13.193 | 1 | .000 | | | 25.286 | 1 | .000 | | |
| N de casos válidos | 60 | | | | | 60 | | | | | 60 | | | | |

Fuente: Datos obtenidos en las Encuestas aplicadas a los Adultos Mayores con Cirugía de Cadera, en los meses de Junio a Noviembre 2009.

Tabla No.6

Totales de Grupos de casos y control en Luxación de material quirúrgico.

| | Luxación de material quirúrgico | | | | | | Total |
|--------------------|---------------------------------|----|-----------------|----|------------------|----|-------|
| | 1era. Valoración | | 2da. Valoración | | 3era. Valoración | | |
| | no | sí | no | sí | no | sí | |
| Grupo de casos | 30 | 0 | 30 | 0 | 30 | 0 | 30 |
| Grupo de controles | 30 | 0 | 29 | 1 | 29 | 1 | 30 |
| Total. | 60 | 0 | 59 | 1 | 59 | 1 | 60 |

Fuente: Datos obtenidos en las Encuestas aplicadas a los Adultos Mayores con Cirugía de Cadera, en los meses de Junio a Noviembre 2009.

En la primera valoración, en lo que respecta a la luxación de material quirúrgico en ambos grupos, no se presentó luxación de material quirúrgico al alta; en la segunda valoración se observa que se presentó una luxación de material quirúrgico en el grupo de control y ninguna en el grupo de casos, lo cual estadísticamente se obtuvo una significancia de .500 (cuadro 6) y en la tercera valoración otro adulto mayor presentó luxación de material quirúrgico en el grupo de control y ninguno en el grupo de casos, teniendo una significancia de .500 (cuadro 6).

Cuadro No.6

Chi-cuadrado Totales de Grupos de casos y control en Luxación de material quirúrgico

| | 2da y 3era Valoración | | | | |
|-------------------------------|-----------------------|----|-----------------------------|-------------------------|--------------------------|
| | Valor | gl | Sig. asintótica (bilateral) | Sig. exacta (bilateral) | Sig. exacta (unilateral) |
| Chi-cuadrado de Pearson | 1.017 | 1 | .313 | | |
| Corrección por continuidad(a) | .000 | 1 | 1.000 | | |
| Razón de verosimilitud | 1.403 | 1 | .236 | | |
| Estadístico exacto de Fisher | | | | 1.000 | .500 |
| Asociación lineal por lineal | 1.000 | 1 | .317 | | |
| N de casos válidos | 60 | | | | |

Fuente: Datos obtenidos en las Encuestas aplicadas a los Adultos Mayores con Cirugía de Cadera, en los meses de Junio a Noviembre 2009

TablaNo.7

Totales de grupos de Casos y Controles de funcionalidad índice de Katz

| | Funcionalidad índice de Katz | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Total |
|--------------------|------------------------------|---|---|---|----|---|---|---|-----------------|---|----|---|----|---|---|---|------------------|----|----|---|----|---|---|---|-------|
| | 1era Valoración | | | | | | | | 2da. Valoración | | | | | | | | 3era. Valoración | | | | | | | | |
| | *A | B | C | D | E | F | G | H | A | B | C | D | E | F | G | H | A | B | C | D | E | F | G | H | |
| Grupo de casos | 0 | 0 | 1 | 6 | 21 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 19 | 6 | 3 | 0 | 1 | 0 | 0 | 9 | 18 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 30 |
| Grupo de controles | 1 | 2 | 3 | 3 | 16 | 1 | 4 | 0 | 2 | 1 | 2 | 2 | 13 | 3 | 5 | 2 | 3 | 1 | 5 | 1 | 14 | 2 | 4 | 0 | 30 |
| Total | 1 | 2 | 4 | 9 | 37 | 2 | 5 | 0 | 2 | 2 | 21 | 8 | 16 | 3 | 6 | 2 | 3 | 10 | 23 | 2 | 15 | 3 | 4 | 0 | 60 |

Fuente: Datos obtenidos en las Encuestas aplicadas a los Adultos Mayores con Cirugía de Cadera, en los meses de Junio a Noviembre 2009

* Clasificación

- A. Independiente: alimentación, continencia, movilidad, uso del retrete, vestirse y bañarse.
- B. Independiente para todas las funciones anteriores excepto una.
- C. Independiente para todas excepto bañarse y otra función adicional.
- D. Independiente para todas excepto bañarse, vestirse y otra función adicional.
- E. Independiente para todas excepto bañarse, vestirse, uso del retrete y otra función adicional.
- F. Independiente para todas excepto bañarse, vestirse, uso del retrete, movilidad y otra función adicional.

G. Dependiente en las seis funciones.

H. Dependiente en al menos dos funciones, pero no clasificable como C, D, E o F.

En relación a la funcionalidad, se obtuvo en la primera valoración que en el grupo de casos, 21 adultos mayores son independientes tipo E y un adulto mayor tipo G; en el grupo control predomina 16 adultos mayores independiente E y 4 dependientes G, teniendo una significancia de .279 (cuadro7); en la segunda valoración en el grupo de casos tuvo 19 adultos mayores independientes tipo C y un dependiente tipo G; en el grupo control 13 adultos mayores son independientes tipo E y 7 adultos mayores tipo G y H con una significancia de .000 (cuadro 7) y en la tercera valoración en el grupo control hay tres adultos mayores independiente tipo A, pero no hay un avance significativo en la funcionalidad en comparación con el grupo de casos que aumentó de forma gradual, teniendo una significancia de .000 (cuadro 7).

Cuadro No.7

Chi-cuadrado Totales de grupos de Casos y Controles de funcionalidad índice de Katz.

| | 1era. Valoración | | 2da. valoración | | | 3era. valoración | | |
|------------------------------|------------------|-----------------------------|-----------------|----|-----------------------------|------------------|----|-----------------------------|
| | Valor | Sig. asintótica (bilateral) | Valor | gl | Sig. asintótica (bilateral) | Valor | gl | Sig. asintótica (bilateral) |
| Chi-cuadrado de Pearson | 7.476 | .279 | 31.679(a) | 7 | .000 | 32.348 | 6 | .000 |
| Razón de verosimilitud | 8.830 | .183 | 37.350 | 7 | .000 | 38.651 | 6 | .000 |
| Asociación lineal por lineal | .318 | .573 | 13.908 | 1 | .000 | 14.778 | 1 | .000 |
| N de casos válidos | 60 | | 60 | | | 60 | | |

Grafica No.2

Totales de grupos de Casos y Controles de funcionalidad índice de Katz.

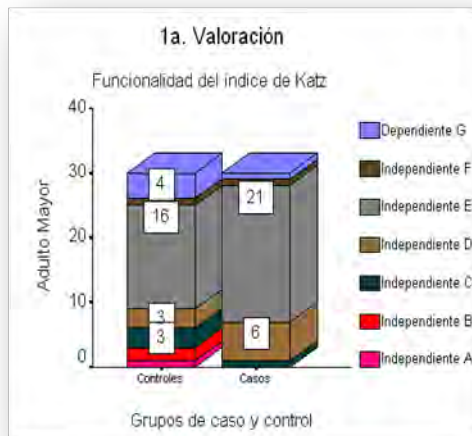


Tabla No. 8

Totales de grupos y controles en Test de Pfeiffer.

| | Test de Pfeiffer | | | | | | | | | | | | Total |
|--------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--|---------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|--|---------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|--|---------------------------------------|-------|
| | 1era. Valoración | | | | 2da. Valoración | | | | 3era. Valoración | | | | |
| | 0-2 Función mental intacta | 3-4 Deterior o mental leve | 5-7 Deterioro mental moderado | 8-10 deterioro mental severo | 0-2 Función mental intacta | 3-4 Deterioro mental leve | 5-7 Deterioro mental moderado | 8-10 Deterioro mental severo | 0-2 Función mental intacta | 3-4 Deterioro mental leve | 5-7 Deterioro mental moderado | 8-10 Deterioro mental severo | |
| Grupo de casos | 16 | 11 | 1 | 2 | 18 | 10 | 0 | 2 | 20 | 8 | 0 | 2 | 30 |
| Grupo de controles | 15 | 9 | 4 | 2 | 16 | 10 | 2 | 2 | 17 | 8 | 2 | 3 | |
| Total | 31 | 20 | 5 | 4 | 34 | 20 | 2 | 4 | 37 | 16 | 2 | 5 | |

Fuente: Datos obtenidos en las Encuestas aplicadas a los Adultos Mayores con Cirugía de Cadera, en los meses de Junio a Noviembre 2009

En la primera valoración en el grupo de casos 16 adultos mayores presentaron función mental intacta y 2 adultos mayores con deterioro severo, en el grupo control 15 tuvieron función mental intacta y 2 adultos mayores deterioro mental severo, teniendo una significancia de .548 (cuadro 8); en la segunda valoración el grupo de casos 18 adultos mayores presentaron función mental intacta y 2 con deterioro mental severo ,en el grupo control aumentan en el deterioro mental leve así como moderado, teniendo

una significancia de .566 (cuadro 8); y en la tercera valoración en el grupo de casos sigue en aumento la función intacta y en el grupo control el deterioro mental severo, con una significancia de .486 (cuadro 8).

Cuadro. No. 8

Chi-cuadrado Totales de grupos y controles en Test de Pfeiffer.

| | 1era. Valoración | | | 2da. Valoración | | | 3era. Valoración | | |
|------------------------------|------------------|----|-----------------------------|-----------------|----|-----------------------------|------------------|----|-----------------------------|
| | Valor | gl | Sig. asintótica (bilateral) | Valor | gl | Sig. asintótica (bilateral) | Valor | gl | Sig. asintótica (bilateral) |
| Chi-cuadrado de Pearson | 2.118 | 3 | .548 | 2.032 | 3 | .566 | 2.443 | 3 | .486 |
| Razón de verosimilitud | 2.890 | 3 | .409 | 2.160 | 3 | .540 | 3.217 | 3 | .359 |
| Asociación lineal por lineal | .371 | 1 | .542 | .338 | 1 | .561 | .992 | 1 | .319 |
| N de casos válidos | 60 | | | 60 | | | 60 | | |

Fuente: Datos obtenidos en las Encuestas aplicadas a los Adultos Mayores con Cirugía de Cadera, en los meses de Junio a Noviembre 2009

Tabla No.9

Totales de grupos y controles en Apoyo Social Percibido de Zimet (MSPSS).

| | Apoyo Social Percibido de Zimet (MSPSS). | | | | | | | | | | | | Total |
|--------------------|--|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|------------------|-----------------|-----------------|-----------------|-------|
| | 1era. Valoración | | | | 2da. Valoración | | | | 3era. Valoración | | | | |
| | No valorable | Alto, 36 o más. | Medio, 12 a 35. | Bajo, menos 12. | No valorable | Alto, 36 o más. | Medio, 12 a 35. | Bajo, menos 12. | No valorable | Alto, 36 o más. | Medio, 12 a 35. | Bajo, menos 12. | |
| Grupo de casos | 2 | 8 | 19 | 1 | 2 | 10 | 17 | 1 | 2 | 12 | 15 | 1 | 30 |
| Grupo de controles | 3 | 7 | 19 | 1 | 3 | 7 | 20 | 0 | 3 | 3 | 23 | 1 | 30 |
| Total | 5 | 15 | 38 | 2 | 5 | 17 | 37 | 1 | 5 | 15 | 38 | 2 | 60 |

Fuente: Datos obtenidos en las Encuestas aplicadas a los Adultos Mayores con Cirugía de Cadera, en los meses de Junio a Noviembre 2009

El apoyo social que perciben los adultos mayores en la primera valoración es de forma moderada en ambos grupos con 19 y los que no es valorable coincide por el deterioro mental severo en ambos grupos, el cual arrojó una significancia de .996 (cuadro 9); en la segunda valoración también es de forma moderada en la mayoría de ambos grupos, con una significancia de .578 (cuadro 9) y en la tercera valoración el grupo de casos percibe un alto apoyo social con 12 el cual aumenta y en el grupo control solo 3, lo cual se puede deducir que la intervención educativa toma efecto sobre el grupo de casos, teniendo una significancia de .063 (cuadro 9).

Cuadro No. 9

Chi-cuadrado Totales de grupos y controles en Apoyo Social Percibido de Zimet (MSPSS).

| | 1era.Valoración | | | 2da.Valoración | | | 3era.Valoración | | |
|------------------------------|-----------------|----|--------------------------------|----------------|----|--------------------------------|-----------------|----|--------------------------------|
| | Valor | gl | Sig. asintótica (bilateral) | Valor | gl | Sig. asintótica (bilateral) | Valor | gl | Sig. asintótica (bilateral) |
| Chi-cuadrado de Pearson | .267 | 3 | .966 | 1.973 | 3 | .578 | 7.284 | 3 | .063 |
| Razón de verosimilitud | .268 | 3 | .966 | 2.363 | 3 | .500 | 7.681 | 3 | .053 |
| Asociación lineal por lineal | .035 | 1 | .852 | .000 | 1 | 1.000 | 1.710 | 1 | .191 |
| N de casos válidos | 60 | | | 60 | | | 60 | | |

Fuente: Datos obtenidos en las Encuestas aplicadas a los Adultos Mayores con Cirugía de Cadera, en los meses de Junio a Noviembre 2009

Tabla No. 10

Totales de grupos y controles, Valoración de la marcha.

| | Valoración de la Marcha | | | | | | | | | | | | | | Total |
|--------------------|-------------------------|----|----|----|-----------------|---|---|----|------------------|---|----|---|---|----|-------|
| | 1era. Valoración | | | | 2da. Valoración | | | | 3era. Valoración | | | | | | |
| | *3 | 2 | 1 | 0 | 3 | 2 | 1 | 0 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | |
| Grupo de casos | 2 | 14 | 10 | 4 | 21 | 6 | 2 | 1 | 2 | 0 | 27 | 1 | 0 | 0 | 30 |
| Grupo de controles | 0 | 5 | 10 | 15 | 7 | 2 | 7 | 14 | 0 | 1 | 10 | 1 | 8 | 10 | 30 |
| Total | 2 | 19 | 20 | 19 | 28 | 8 | 9 | 15 | 2 | 1 | 37 | 2 | 8 | 10 | 60 |

Fuente: Datos obtenidos en las Encuestas aplicadas a los Adultos Mayores con Cirugía de Cadera, en los meses de Junio a Noviembre 2009

*Tipo 0: marcha nula o ayuda física de 2 personas.

Tipo 1: marcha con gran ayuda física de una persona.

Tipo 2: marcha con ligero contacto físico de una persona.

Tipo 3: marcha solo pero necesita supervisión de una persona.

Tipo 4: marcha independiente en llano, no en escaleras.

Tipo 5: marcha independiente en llano y en escaleras.

En lo que respecta a la marcha en la primera valoración en el grupo de casos 14 realizan la marcha con ligero contacto físico y 4 adultos mayores presentaron marcha nula; en el grupo de casos 15 adultos mayores presentaron marcha nula y 5 adultos mayores marcha con ligero contacto físico de una persona presentándose una significancia de .006 (cuadro 10); en la segunda valoración en el grupo de casos 21 adultos mayores realizaron la marcha necesitando la supervisión de una persona y un adulto mayor marcha nula; en el grupo control 14 adultos mayores presentaron marcha nula y 2 realizaron la marcha con ligero contacto físico de una persona teniendo una significancia de .000 (cuadro 10) y en la tercera valoración 27 adultos mayores realizaron la marcha con ligero contacto físico de una persona y 2 adultos mayores realizaron la marcha independiente en llano y escaleras en el grupo de casos y en el grupo control 10 adultos mayores tuvieron marcha nula y 8 realizaron la marcha con gran ayuda física de una persona, teniendo una significancia de .000 (cuadro 10) en ambas valoraciones.

Cuadro No.10

Chi-cuadrado Totales de grupos y controles, Valoración de la marcha.

| | Valor | gl | Sig. asintótica (bilateral) | Valor | gl | Sig. asintótica (bilateral) | Valor | gl | Sig. asintótica (bilateral) |
|------------------------------|--------|----|--------------------------------|--------|----|--------------------------------|--------|----|-----------------------------------|
| Chi-cuadrado de Pearson | 12.632 | 3 | .006 | 23.044 | 3 | .000 | 28.811 | 5 | .000 |
| Razón de verosimilitud | 13.994 | 3 | .003 | 25.807 | 3 | .000 | 37.224 | 5 | .000 |
| Asociación lineal por lineal | 12.385 | 1 | .000 | 20.964 | 1 | .000 | 23.105 | 1 | .000 |
| N de casos válidos | 60 | | | 60 | | | 60 | | |

Fuente: Datos obtenidos en las Encuestas aplicadas a los Adultos Mayores con Cirugía de Cadera, en los meses de Junio a Noviembre

Grafica No.3

Totales de grupos y controles, Valoración de la marcha.

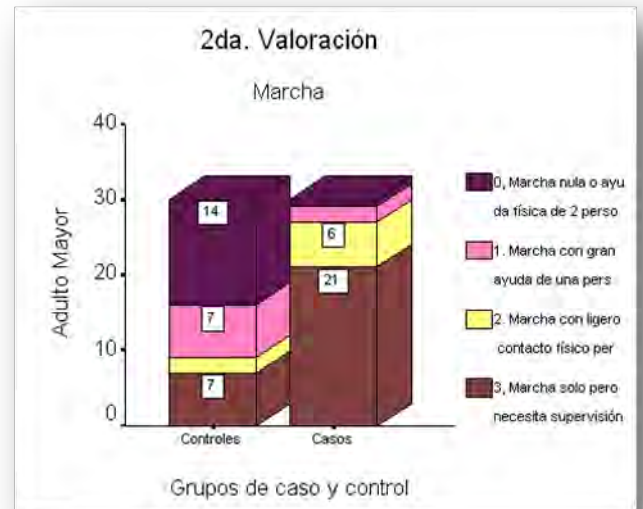


Tabla No 11

Totales de Grupos de casos y control en Afecciones respiratorias

| | Afecciones respiratorias | | | | | | Total |
|--------------------|--------------------------|----|-----------------|----|------------------|----|-------|
| | 1era. Valoración | | 2da. Valoración | | 3era. Valoración | | |
| | no | sí | no | sí | no | sí | |
| Grupo de casos | 28 | 2 | 28 | 2 | 29 | 1 | 30 |
| Grupo de controles | 25 | 5 | 18 | 12 | 14 | 16 | 30 |
| Total. | 53 | 7 | 46 | 14 | 43 | 17 | 60 |

Fuente: Datos obtenidos en las Encuestas aplicadas a los Adultos Mayores con Cirugía de Cadera, en los meses de Junio a Noviembre 2009.

En la primera valoración de las afecciones respiratorias, en el grupo de casos 2 adultos mayores si presentaron afecciones respiratorias y 5 adultos mayores en el grupo control, lo cual se presentó una significancia de .212 (cuadro 11); en la segunda valoración aumento significativamente las afecciones respiratorias en el grupo control, lo cual tuvo una significancia de .002 (cuadro 11) en paralelo con el grupo control; y en la tercera valoración en el grupo de casos sólo un adulto mayor mostro afecciones respiratorias en comparación con el grupo control en las que 16 adultos mayores presentaron afecciones respiratorias, por lo cual se obtiene una significancia de .000 (cuadro 11).

Cuadro No. 11

Chi-cuadrado Totales de Grupos de casos y control en Afecciones respiratorias

| | 1era Valoración | | | | | 2da. valoración | | | | | 3era.Valoración | | | | |
|-------------------------------|-----------------|----|-----------------------------|-------------------------|--------------------------|-----------------|----|-----------------------------|-------------------------|--------------------------|-----------------|----|-----------------------------|-------------------------|--------------------------|
| | Valor | gl | Sig. asintótica (bilateral) | Sig. exacta (bilateral) | Sig. exacta (unilateral) | Valor | gl | Sig. asintótica (bilateral) | Sig. exacta (bilateral) | Sig. exacta (unilateral) | Valor | gl | Sig. asintótica (bilateral) | Sig. exacta (bilateral) | Sig. (exacta unilateral) |
| Chi-cuadrado de Pearson | 1.456 | 1 | .228 | | | 9.317 | 1 | .002 | | | 18.468 | 1 | .000 | | |
| Corrección por continuidad(a) | .647 | 1 | .421 | | | 7.547 | 1 | .006 | | | 16.088 | 1 | .000 | | |
| Razón de verosimilitud | 1.498 | 1 | .221 | | | 10.116 | 1 | .001 | | | 21.305 | 1 | .000 | | |
| Estadístico exacto de Fisher | | | | .424 | .212 | | | | .005 | .002 | | | | .000 | .000 |
| Asociación lineal por lineal | 1.431 | 1 | .232 | | | 9.161 | 1 | .002 | | | 18.160 | 1 | .000 | | |
| N de casos válidos | 60 | | | | | 60 | | | | | 60 | | | | |

Fuente: Datos obtenidos en las Encuestas aplicadas a los Adultos Mayores con Cirugía de Cadera, en los meses de Junio a Noviembre 2009

Tabla No. 12

Totales de Grupos de casos y control en Signos y síntomas de afecciones respiratorias.

| | Signos y síntomas de afecciones respiratorias | | | | | | | | | | | | Total |
|--------------------|---|-----------------------------------|-------------|------------|-----------------|-----------------------------------|-------------|------------|------------------|-----------------------------------|-------------|------------|-------|
| | 1era. Valoración | | | | 2da. Valoración | | | | 3era. Valoración | | | | |
| | No aplica | Disminución del reflejo de la tos | Sivilancias | Más de dos | No aplica | Disminución del reflejo de la tos | Sivilancias | Más de dos | No aplica | Disminución del reflejo de la tos | Sivilancias | Más de dos | |
| Grupo de casos | 28 | 1 | 1 | 0 | 28 | 1 | 1 | 0 | 29 | 0 | 1 | 0 | 30 |
| Grupo de controles | 25 | 1 | 0 | 4 | 18 | 1 | 0 | 11 | 14 | 1 | 3 | 12 | 30 |
| Total. | 53 | 2 | 1 | 4 | 46 | 2 | 1 | 11 | 43 | 1 | 4 | 12 | 60 |

Fuente: Datos obtenidos en las Encuestas aplicadas a los Adultos Mayores con Cirugía de Cadera, en los meses de Junio a Noviembre 2009

En lo relacionado a los signos y síntomas de las afecciones respiratorias en la primera valoración en el grupo de casos presentaron más de dos afecciones y en el grupo de casos un adulto mayor presento disminución del reflejo de la tos y sivilancias respectivamente, lo cual se tuvo una significancia de .160 (cuadro12); en la segunda valoración en el grupo control presentó aumento en más de dos afecciones respiratorias y en el grupo de casos se mantiene como en la primera valoración lo cual se presentó una significancia de .003 (cuadro 12); y en la tercera valoración se sigue en aumento de forma significativa las afecciones en el grupo control y el grupo de casos sólo un paciente presento sivilancias, lo cual al obtener un .001 se considera significativo (cuadro12)

Cuadro No. 12

Chi-cuadrado. Totales de Grupos de casos y control en Signos y síntomas de afecciones respiratorias.

| | 1era.Valoración | | | 2da.Valoración | | | 3era.Valoración | | |
|------------------------------|-----------------|----|-----------------------------|----------------|----|-----------------------------|-----------------|----|-----------------------------|
| | Valor | gl | Sig. asintótica (bilateral) | Valor | gl | Sig. asintótica (bilateral) | Valor | gl | Sig. asintótica (bilateral) |
| Chi-cuadrado de Pearson | 5.170 | 3 | .160 | 14.174 | 3 | .003 | 18.566 | 4 | .001 |
| Razón de verosimilitud | 7.101 | 3 | .069 | 18.827 | 3 | .000 | 22.027 | 4 | .000 |
| Asociación lineal por lineal | 2.131 | 1 | .144 | 10.756 | 1 | .001 | 15.937 | 1 | .000 |
| N de casos válidos | 60 | | | 60 | | | 60 | | |

Fuente: Datos obtenidos en las Encuestas aplicadas a los Adultos Mayores con Cirugía de Cadera, en los meses de Junio a Noviembre 2009

Tabla No.13

Totales de Grupos de casos y control en Infecciones de la zona quirúrgica

| | | | | | | | Total |
|--------------------|------------------|----|-----------------|----|------------------|----|-------|
| | 1era. Valoración | | 2da. Valoración | | 3era. Valoración | | |
| | no | sí | no | sí | no | sí | |
| Grupo de casos | 30 | 0 | 29 | 1 | 30 | 0 | 30 |
| Grupo de controles | 30 | 0 | 16 | 14 | 28 | 2 | 30 |
| Total. | 60 | 0 | 45 | 15 | 58 | 2 | 60 |

Fuente: Datos obtenidos en las Encuestas aplicadas a los Adultos Mayores con Cirugía de Cadera, en los meses de Junio a Noviembre 2009

En la primera valoración que se realizó a los adultos mayores se observa ausencia de infección de la zona quirúrgica en ambos grupos; en la segunda valoración el grupo de casos presentó solo un paciente la infección en herida quirúrgica y en el grupo control 14, teniendo con esto una significancia de .000 (cuadro 13) y en la tercera valoración se presentaron dos pacientes con infección en herida quirúrgica en el grupo control y en el grupo de casos no se presentaron, teniendo una significancia de .246 Es pertinente referir que tanto en los casos y controles al tener consulta médica se les administró antibiótico por el grupo médico en la segunda valoración(cuadro 13).

Cuadro No. 13

Chi-cuadrado. Totales de Grupos de casos y control en signos y síntomas en infección de la zona quirúrgica

| | 2da Valoración | | | | | 3era Valoración | | | | |
|-------------------------------|----------------|----|--------------------------------|----------------------------|-----------------------------|-----------------|----|--------------------------------|----------------------------|-----------------------------|
| | Valor | gl | Sig. asintótica (bilateral) | Sig. exacta (bilateral) | Sig. exacta (unilateral) | Valor | gl | Sig. asintótica (bilateral) | Sig. exacta (bilateral) | Sig. exacta (unilateral) |
| Chi-cuadrado de Pearson | 15.022 | 1 | .000 | | | 2.069 | 1 | .150 | | |
| Corrección por continuidad(a) | 12.800 | 1 | .000 | | | .517 | 1 | .472 | | |
| Razón de verosimilitud | 17.256 | 1 | .000 | | | 2.842 | 1 | .092 | | |
| Estadístico exacto de Fisher | | | | .000 | .000 | | | | .492 | .246 |
| Asociación lineal por lineal | 14.772 | 1 | .000 | | | 2.034 | 1 | .154 | | |
| N de casos válidos | 60 | | | | | 60 | | | | |

Fuente: Datos obtenidos en las Encuestas aplicadas a los Adultos Mayores con Cirugía de Cadera, en los meses de Junio a Noviembre 2009.

Tabla No.14

Totales de Grupos de casos y control en Signos y síntomas en Infecciones de la zona quirúrgica

| | | | | | | | | | | | Total |
|--------------------|------------------|-----------------|-----------------------------|------------------------|---|-------|------------|------------------|-------|------------|-------|
| | 1era. Valoración | 2da. Valoración | | | | | | 3era. Valoración | | | |
| | No aplica | No aplica | Retraso de la cicatrización | Eritema con induración | Elevación local de la temperatura cutánea | Edema | Más de dos | No aplica | Edema | Más de dos | |
| Grupo de casos | 30 | 29 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 30 | 0 | 0 | 30 |
| Grupo de controles | 30 | 16 | 0 | 2 | 1 | 3 | 8 | 28 | 1 | 1 | 30 |
| Total. | 60 | 45 | 1 | 2 | 1 | 3 | 8 | 58 | 1 | 1 | 60 |

Fuente: Datos obtenidos en las Encuestas aplicadas a los Adultos Mayores con Cirugía de Cadera, en los meses de Junio a Noviembre 2009.

En lo relacionado a los signos y síntomas de infección en la zona quirúrgica, en la primera valoración no aplicó en ambos grupos; en la segunda valoración en el grupo de casos se presentó un signo en el retraso de la cicatrización y en el grupo control 8 pacientes presentaron más de dos, teniendo una significancia de .002 (cuadro 14) y en la tercera valoración el grupo de casos no aplicó; en el grupo control se presentó un paciente con edema y otro paciente con más de dos, teniendo una significancia de .246 (cuadro 14).

Tabla No. 14

Totales de Grupos de casos y control en Signos y síntomas en Infecciones de la zona quirúrgica

| | 2da. valoración | | | 3era. Valoración | | | | |
|-------------------------------|-----------------|----|-----------------------------|------------------|----|-----------------------------|-------------------------|--------------------------|
| | Valor | gl | Sig. asintótica (bilateral) | Valor | gl | Sig. asintótica (bilateral) | Sig. exacta (bilateral) | Sig. exacta (unilateral) |
| Chi-cuadrado de Pearson | 18.756 | 5 | .002 | 2.069 | 1 | .150 | | |
| Corrección por continuidad(a) | 24.604 | 5 | .000 | .517 | 1 | .472 | | |
| Razón de verosimilitud | | | | 2.842 | 1 | .092 | | |
| Estadístico exacto de Fisher | | | | | | | .492 | .246 |
| Asociación lineal por lineal | 15.467 | 1 | .000 | 2.034 | 1 | .154 | | |
| N de casos válidos | 60 | | | 60 | | | | |

Fuente: Datos obtenidos en las Encuestas aplicadas a los Adultos Mayores con Cirugía de Cadera, en los meses de Junio a Noviembre 2009

Tabla No. 15

Totales de Grupos de casos y control en Escala de Zarit, sobrecarga del cuidador.

| | Escala de Zarit, sobrecarga del cuidador | | | | | | | | | Total |
|--------------------|--|-----------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|-------|
| | 1era. Valoración | | | 2da. Valoración | | | 3era. Valoración | | | |
| | Menos de 47: no sobrecarga | De 47 a 55: sobrecarga leve | Más de 56: sobrecarga intensa | Menos de 47: no sobrecarga | De 47 a 55: sobrecarga leve | Más de 56: sobrecarga intensa | Menos de 47: no sobrecarga | De 47 a 55: sobrecarga leve | Más de 56: sobrecarga intensa | |
| Grupo de casos | 23 | 5 | 2 | 25 | 5 | 0 | 30 | 0 | 0 | 30 |
| Grupo de controles | 25 | 4 | 1 | 19 | 7 | 4 | 12 | 10 | 8 | 30 |
| Total | 48 | 9 | 3 | 44 | 12 | 4 | 42 | 10 | 8 | 60 |

Fuente: Datos obtenidos en las Encuestas aplicadas a los cuidadores primarios de Adultos Mayores con Cirugía de Cadera, en los meses de Junio a Noviembre 2009

En la primera valoración que se realizó con los cuidadores de la sobrecarga por cuidar a sus familiares se tuvo que en el grupo de casos 5 cuidadores presentaron sobrecarga leve y 2 cuidadores sobrecarga intensa, en comparación con el grupo control 4 cuidadores presentaron sobrecarga leve y un cuidador sobrecarga intensa, lo cual refleja que no hay diferencia en la sobrecarga en ambos grupos al egresar del hospital, teniendo una significancia de .768 (cuadro 15); en la segunda valoración en el grupo de casos se obtuvo que 25 cuidadores no presentaron sobrecarga y 5 cuidadores sobrecarga leve; en el grupo control 4 cuidadores

presentaron sobrecarga intensa y 7 sobrecarga leve, por lo cual se tuvo una significancia de .076 (cuadro 15); y en la tercera valoración el grupo de casos no presentaron sobrecarga en lo que respecta al grupo control 8 cuidadores presentaron sobre carga intensa y 10 cuidadores con sobrecarga leve, lo cual se tuvo una significancia de .000 (cuadro 15).

Cuadro No.15

Chi-cuadrado Totales de Grupos de casos y control en Escala de Zarit, sobrecarga del cuidador.

| | 1era.Valoración | | | 2da.Valoración | | | 3era.Valoración | | |
|------------------------------|-----------------|----|-----------------------------|----------------|----|-----------------------------|-----------------|----|-----------------------------|
| | Valor | gl | Sig. asintótica (bilateral) | Valor | gl | Sig. asintótica (bilateral) | Valor | gl | Sig. asintótica (bilateral) |
| Chi-cuadrado de Pearson | .528 | 2 | .768 | 5.152 | 2 | .076 | 25.714 | 2 | .000 |
| Razón de verosimilitud | .534 | 2 | .765 | 6.701 | 2 | .035 | 32.923 | 2 | .000 |
| Asociación lineal por lineal | .513 | 1 | .474 | 4.609 | 1 | .032 | 21.629 | 1 | .000 |
| N de casos válidos | 60 | | | 60 | | | 60 | | |

Fuente: Datos obtenidos en las Encuestas aplicadas a los Cuidadores Primarios de Adultos Mayores con Cirugía de Cadera, en los meses de Junio a Noviembre 2009.

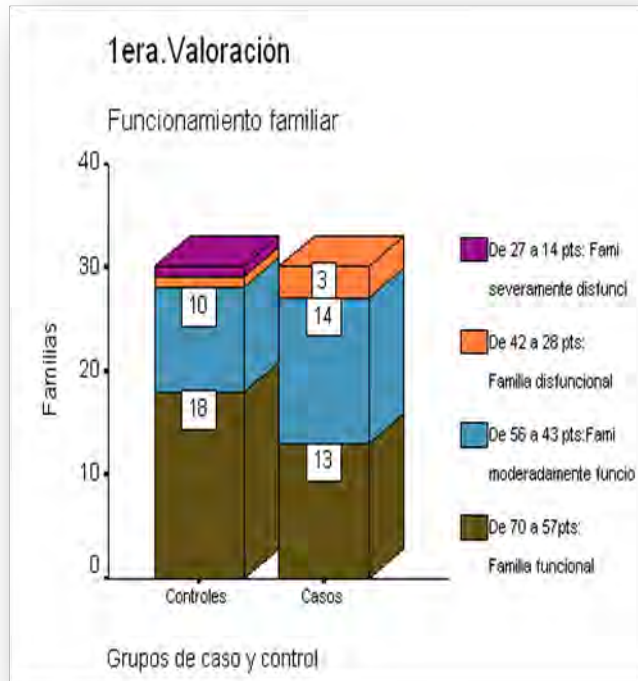
Grafica No. 4

Totales de Grupos de casos y control en Escala de Zarit, sobrecarga del cuidador

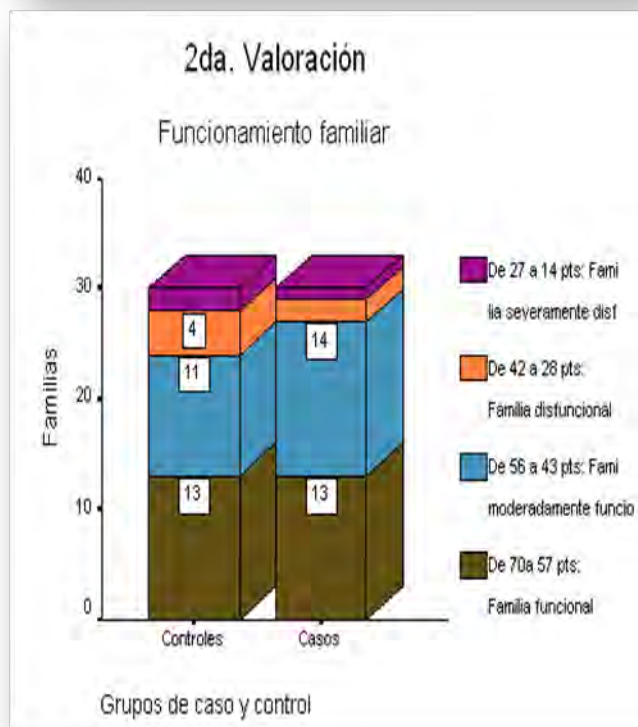


Graficas No. 5

Totales de Grupos de casos y control en Percepción del funcionamiento Familiar.



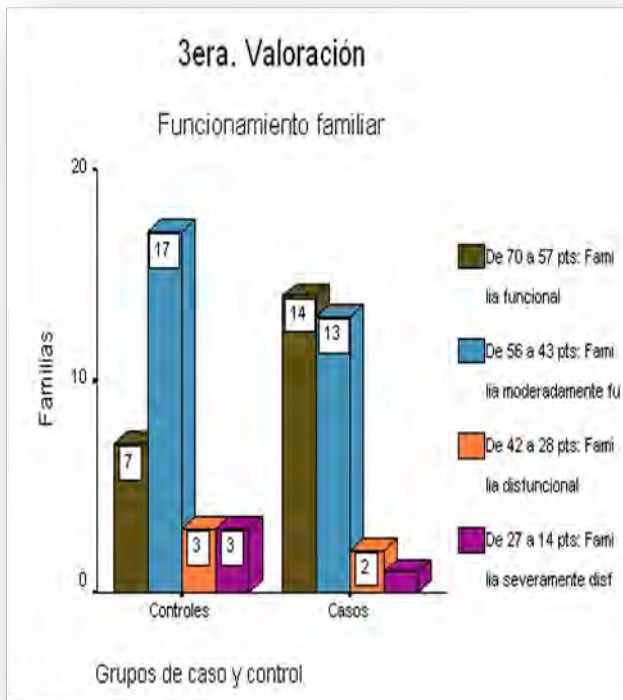
En el grupo de controles 18 familias son funcionales y una familia severamente disfuncional. En el grupo de casos 14 familias son moderadamente funcionales y tres familias funcionales, obteniéndose una significancia de .324. (Grafica 5)



En la segunda valoración en el grupo de controles 13 familias son funcionales y dos severamente disfuncionales, y en el grupo de casos 14 son familias moderadamente funcionales y una familia severamente disfuncional, obteniendo una significancia .715. (Grafica 5).

Grafica No. 5

Totales de grupos de casos y controles en Percepción del Funcionamiento Familiar



En el grupo de casos, 14 son familias disfuncionales y una familia severamente disfuncional; en el grupo de controles 17 son familias moderadamente disfuncionales y tres son familia disfuncional y tres severamente disfuncional, teniendo una significancia de .254.(Grafica 5).

Tabla No. 17**Prueba de Mann-Whitney en los indicadores de las complicaciones**

| Complicaciones | Grupos de caso y control | Rango promedio | Suma de rangos | Significancia |
|--|--------------------------|----------------|----------------|---------------|
| Grados de Úlcera de Presión 1 ^a | Controles | 31.43 | 943.00 | .426 |
| | Casos | 29.57 | 887.00 | |
| Grados de Úlcera de Presión 2 ^a | Controles | 37.30 | 1119.00 | .000 |
| | Casos | 23.70 | 711.00 | |
| Grados de Úlcera de Presión 3 ^a | Controles | 38.42 | 1152.50 | .000 |
| | Casos | 22.58 | 677.50 | |
| Funcionalidad índice de Katz 1 ^a | Controles | 30.17 | 905.00 | .000 |
| | Casos | 30.83 | 925.00 | |
| Funcionalidad índice de Katz 2 ^a | Controles | 39.48 | 1184.50 | .000 |
| | Casos | 21.52 | 645.50 | |
| Funcionalidad índice de Katz 3 ^a | Controles | 38.83 | 1165.00 | .000 |
| | Casos | 22.17 | 665.00 | |
| Valoración de la marcha 1 ^a | Controles | 38.00 | 1140.00 | .000 |
| | Casos | 23.00 | 690.00 | |
| Valoración de la marcha 2 ^a | Controles | 39.85 | 1195.50 | .000 |
| | Casos | 21.15 | 634.50 | |
| Valoración de la marcha 3 ^a | Controles | 39.72 | 1191.50 | .000 |
| | Casos | 21.28 | 638.50 | |
| Escala de Zarit de sobrecarga de cuidador 1 ^a | Controles | 29.45 | 883.50 | .504 |
| | Casos | 31.55 | 946.50 | |
| Escala de Zarit de sobrecarga de cuidador 2 ^a | Controles | 33.83 | 1015.00 | .056 |
| | Casos | 27.17 | 815.00 | |
| Escala de Zarit de sobrecarga de cuidador 3 ^a | Controles | 39.50 | 1185.00 | .000 |
| | Casos | 21.50 | 645.00 | |

Se realizó la prueba de Mann-Whitney para los datos ordinales en los indicadores de las complicaciones en el Adulto Mayor y Cuidador primario tanto para los grupos de casos y controles en las tres valoraciones, teniendo como resultado: que se aprueba H_a , con los resultados que se presentan para estos indicadores.

$H_0: M_1 = M_2$

$H_a: M_1 \neq M_2$

M_1 : Grupo de Casos

M : Grupo de Control

Tabla 18.

Prueba de Chi² en los indicadores de las complicaciones.

| | Casos y controles | Media | Chi ² | Significancia |
|---|-------------------|-------|------------------|---------------|
| Presencia de Ulceras por presión 1ª valoración | Casos | 1.07 | 48.60 | .000 |
| | Controles | 1.13 | 38.40 | |
| Presencia de Ulceras por presión 2ª valoración | Casos | 1.07 | 48.60 | .000 |
| | Controles | 1.53 | 2.40 | |
| Presencia de Ulceras por presión 1ª valoración | Casos | 1.03 | 54.15 | .000 |
| | Controles | 1.57 | 1.50 | |
| Estreñimiento 1ª valoración | Casos | 1.00 | 54.15 | .000 |
| | Controles | 1.13 | 38.40 | |
| Estreñimiento 2ª valoración | Casos | 1.00 | - | .000 |
| | Controles | 1.43 | 7.35 | |
| Estreñimiento 3ª valoración | Casos | 1.03 | | .000 |
| | Controles | 1.60 | .60 | |
| Infecciones de la zona quirúrgica 1ª valoración | Casos | 1.00 | 54.15 | .000 |
| | Controles | 1.00 | 5.40 | |
| Infecciones de la zona quirúrgica 2ª valoración | Casos | 1.03 | - | .000 |
| | Controles | 1.47 | 48,60 | |
| Infecciones de la zona quirúrgica 3ª valoración | Casos | 1.00 | | .000 |
| | Controles | 1.07 | - | |
| Trombosis venosa profunda 1ª | Casos | 1.00 | 54.15 | .000 |
| | Controles | 1.10 | 43.35 | |
| Trombosis venosa profunda 2ª | Casos | 1.03 | - | .000 |
| | Controles | 1.03 | 54.15 | |
| Trombosis venosa profunda 3ª | Casos | 1.00 | - | .000 |
| | Controles | 1.00 | - | |
| Luxación de material quirúrgico 1ª | Casos | 1.00 | - | .000 |
| | Controles | 1.00 | 54.15 | |
| Luxación de material quirúrgico 2ª | Casos | 1.00 | - | .000 |
| | Controles | 1.03 | 54.15 | |
| Luxación de material quirúrgico 3ª | Casos | 1.00 | - | .000 |
| | Controles | 1.03 | 54.15 | |

Se realizó la prueba de Chi² para los datos nominales en los indicadores de las complicaciones en los Adultos Mayores tanto para los grupos de casos y de control teniendo como resultado una significancia de .000. Por lo que se presenta en la tabla se rechaza H₀ y se acepta H_a.

$$H_0 = \mu_1 - \mu_2 = 0$$

$$H_a = \mu_1 - \mu_2 \neq 0$$

μ₁: Grupo de Casos

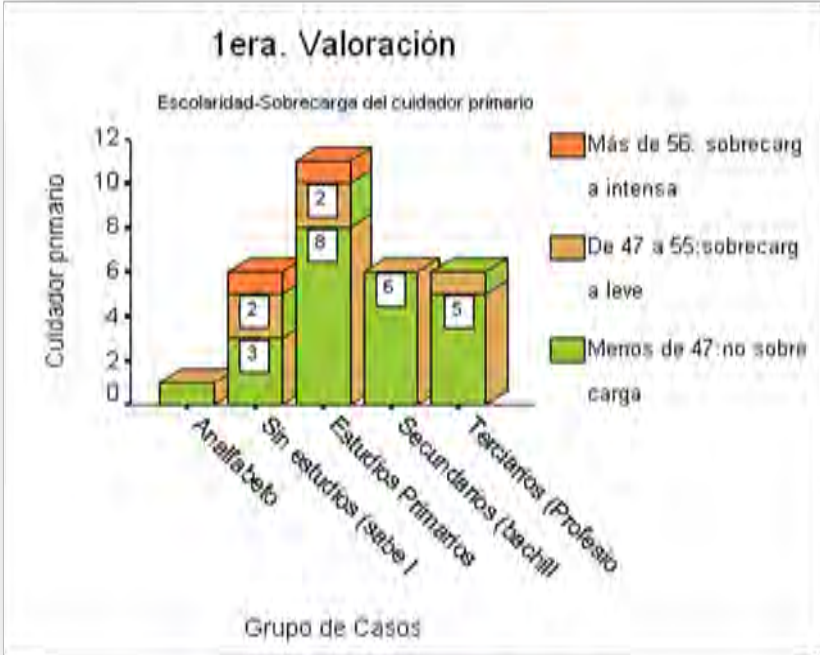
μ₂: Grupo de Control.

Tabla No. 19. Prueba de T

| | Grupos de caso y control | N | Media |
|-----------------------------------|--------------------------|----|-------|
| Grados de Úlcera de Presión. | Controles | 30 | .13 |
| | Casos | 30 | .10 |
| Grados de Úlcera de Presión | Controles | 30 | .60 |
| | Casos | 30 | .10 |
| Grados de Úlcera de Presión | Controles | 30 | .97 |
| | Casos | 30 | .07 |
| Funcionalidad índice de Katz | Controles | 30 | 4.67 |
| | Casos | 30 | 4.83 |
| Funcionalidad índice de Katz | Controles | 30 | 5.07 |
| | Casos | 30 | 3.50 |
| Funcionalidad índice de Katz | Controles | 30 | 4.47 |
| | Casos | 30 | 2.90 |
| Valoración de la marcha | Controles | 30 | 5.33 |
| | Casos | 30 | 4.53 |
| Valoración de la marcha | Controles | 30 | 4.93 |
| | Casos | 30 | 3.43 |
| Valoración de la marcha | Controles | 30 | 4.53 |
| | Casos | 30 | 2.90 |
| Afecciones respiratorias | Controles | 30 | 1.17 |
| | Casos | 30 | 1.07 |
| Afecciones respiratorias | Controles | 30 | 1.40 |
| | Casos | 30 | 1.07 |
| Afecciones respiratorias | Controles | 30 | 1.53 |
| | Casos | 30 | 1.03 |
| Infecciones de la zona quirúrgica | Controles | 30 | 1.00 |
| | Casos | 30 | 1.00 |
| Infecciones de la zona quirúrgica | Controles | 30 | 1.47 |
| | Casos | 30 | 1.03 |
| Infecciones de la zona quirúrgica | Controles | 30 | 1.07 |
| | Casos | 30 | 1.00 |

| Prueba de Levene para la igualdad de varianzas | | | |
|--|------|------------------|----------------------|
| F | Sig. | Sig. (bilateral) | Diferencia de medias |
| .311 | .579 | .732 | .03 |
| | | .732 | .03 |
| 22.263 | .000 | .000 | .50 |
| | | .001 | .50 |
| 47.118 | .000 | .000 | .90 |
| | | .000 | .90 |
| 8.908 | .004 | .577 | -.17 |
| | | .578 | -.17 |
| 3.560 | .064 | .000 | 1.57 |
| | | .000 | 1.57 |
| 13.731 | .000 | .000 | 1.57 |
| | | .000 | 1.57 |
| .137 | .712 | .000 | .80 |
| | | .000 | .80 |
| 8.264 | .006 | .000 | 1.50 |
| | | .000 | 1.50 |
| 54.584 | .000 | .000 | 1.63 |
| | | .000 | 1.63 |
| 6.286 | .015 | .235 | .10 |
| | | .235 | .10 |
| 65.077 | .000 | .002 | .33 |
| | | .002 | .33 |
| 186.649 | .000 | .000 | .50 |
| | | .000 | .50 |
| 186.649 | .000 | .000 | .43 |
| | | .000 | .43 |
| 9.609 | .003 | .155 | .07 |
| | | .161 | .07 |

Grafica No. 6 Escolaridad y Sobrecarga en el cuidador primario.



Se aplicó ANOVA de un factor y prueba de homogeneidad de varianzas en los grupos de casos y control, para saber que relación hay entre la sobrecarga del cuidador primario y su escolaridad teniendo como resultado, que en la primera valoración en el grupo de casos, 23 cuidadores no presentaron sobrecarga; 8 cuidadores con estudios primarios, 6 con estudios secundarios, 5 profesionales, 3 sin estudios y un analfabeto; con sobrecarga intensa dos cuidadores ;uno sin estudios y el otro estudios primarios, en la homogeneidad de varianza se tuvo una significancia de .001 y una significancia de ANOVA de .211. En el grupo control 25 egresan del hospital sin sobrecarga, predominan los estudios primarios con 12 cuidadores y cuatro egresan con sobrecarga leve; dos con estudios primarios y dos con bachillerato, teniendo en la homogeneidad de varianza se presentó una significancia .001 y ANOVA de .361 de significancia. De lo cual se tiene que de ambos grupos egresan sin sobrecarga al tener estudios primarios.

Grafica No.7

Escolaridad y Sobrecarga en el cuidador primario.



En

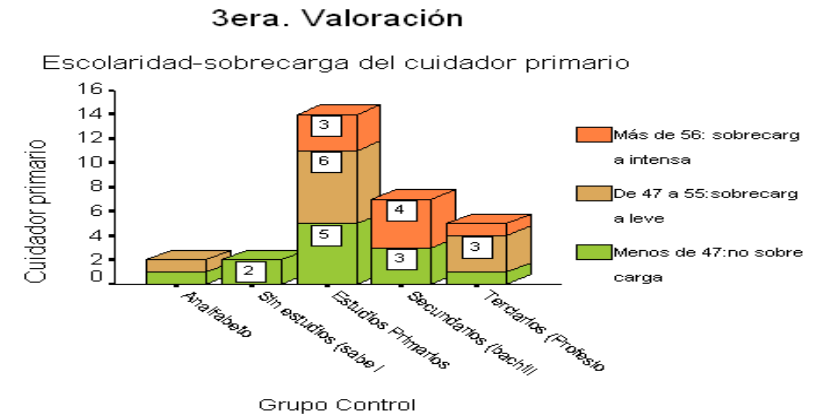
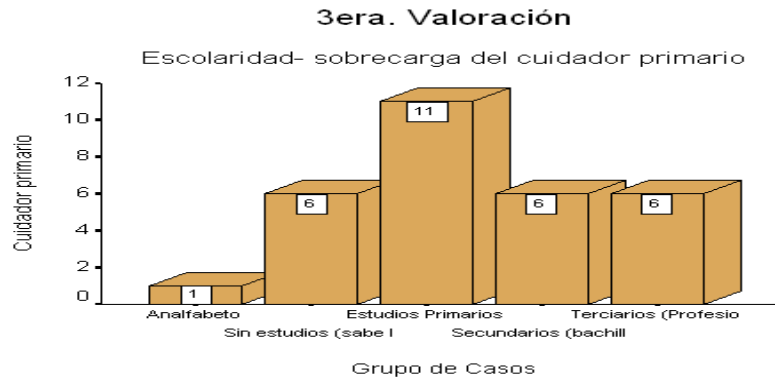
el grupo de casos en la segunda valoración, 25 no presentaron sobrecarga de los cuales 8 son de estudios primarios, 6 con estudios terciarios, 5 sin estudios, 5 con estudios secundarios y uno analfabeto; 5 cuidadores con de sobrecarga leve con estudios primarios, uno sin estudios y otro con estudios secundarios. Con una homogeneidad de varianza de .003 y un ANOVA .000.

En el grupo de control, 19 no presentaron sobrecarga de los cuales 7 tienen estudios primarios, 4 estudios secundarios, 4 estudios profesionales, 2 sin estudios y 2 analfabetos; con sobrecarga intensa 4 cuidadores de los cuales 2 son con estudios primarios y 2 con estudios secundarios. Con una homogeneidad de varianza .015 y un ANOVA .724.

Se concluye que en esta segunda valoración que los cuidadores que son analfabetos y sin estudios no presentan ningún tipo de sobrecarga en comparación con los que tienen estudios primarios, secundarios y terciarios.

Grafica No.8

Escolaridad y Sobrecarga en el cuidador primario



En la tercera valoración en el grupo de casos en la escolaridad-sobrecarga ningún cuidador presento la sobre carga. Teniendo una homogeneidad de varianza de .000 y un ANOVA de .000 de significancia.

En la tercera valoración en el grupo control 8 cuidadores presentaron sobrecarga intensa, 4 con estudios secundarios, 3 con estudios primarios y uno con estudios universitarios; 10 cuidadores presentaron sobrecarga leve, 6 con estudios primarios, 3 con estudios universitarios y uno analfabeto; 12 cuidadores no presentaron sobrecarga, 5 con estudios primarios, 3 con estudios secundarios, 2 sin estudios, uno con estudios universitarios y uno analfabeto. Con una homogeneidad de varianza .721 y con un ANOVA de .492.

Se concluye que en las tres valoraciones, los cuidadores que son analfabetas o que no tienen estudios no presentaron sobrecarga al cuidar a su familiar; en comparación con los cuidadores que tienen estudios primarios, medio superior o universitarios que reflejaron sobrecarga en diferentes momentos al brindar cuidado en el hogar. Sería importante investigar cuál es el factor que determina este fenómeno entre los cuidadores con formación escolar más pobre y los que tienen una formación escolar formal más sólida.

DISCUSIÓN

La vejez en México tiene un rostro predominantemente femenino, lo cual se observó en este estudio con un 73.3%, situación que se compara con los resultados obtenidos por el INEGI¹.

De las patologías agregadas se presentaron las enfermedades crónicas degenerativas con secuelas, de lo cual coincide con la investigación del Dr. Gutiérrez⁴, en la población mexicana.

La actividad del cuidar a un adulto mayor recae en las mujeres, lo cual la literatura menciona que el cuidado es eminentemente femenino, observándose en esta investigación que el rol de cuidador, poco a poco los hombres también lo están asumiendo, cuando hay la ausencia de una mujer en la familia^{38,39}.

Pinto²² estableció en su estudio que no había relación entre la formación de los cuidadores primarios y su estrés, situación que es contraria a los resultados encontrados en el presente estudio, en el cual el estrés es mayor en los cuidadores primarios con estudios superiores a primaria al egresar con sus pacientes del hospital después de la intervención educativa, la cual va disminuyendo progresivamente hasta la tercera valoración.

La movilidad en los adultos mayores es importante para su funcionalidad, y es vital realizar la marcha, en el presente estudio se reflejó una significancia de .000, en el grupo de casos contrario al estudio de Hadoll³⁰ en donde menciona que no hay efectividad en dichas actividades.

El presente estudio coincide con Parkes y Smith^{89,90}, en donde se afirma que sí se brinda la información adecuada a través de intervenciones educativas, durante la estancia hospitalaria aumenta la satisfacción del paciente (disminuye en este la mortalidad y aumenta la calidad de vida) y de su familiar ya que las intervenciones educativas, tiene un beneficio en disminuir la mortalidad y calidad de vida lo cual se observó en el estudio realizado..

En la investigación de Huusko y cols⁷⁵ sobre la rehabilitación geriátrica intensiva tras la fractura de cadera conseguía mejorías variables en pacientes con demencia. En relación con el presente estudio se observa principalmente en la tercera valoración una significancia de 0.63 en el grupo de casos en relación con el grupo de control.

En el estudio de Lain McNamara, Aman Shamara y cols⁷⁶ en su investigación de tromboembolismo venoso sintomático después de una fractura de cadera donde todos los pacientes recibieron profilaxis de heparina y donde solo el 2.2.% presentó incidencia de tromboembolismo venoso; en el presente estudio el porcentaje en la primera valoración y segunda solo se presentó en los pacientes de control un 3% de 30 tromboembolismo y ninguno en los casos, es importante denotar que los porcentajes son parecidos, en función de que también se utilizó anticoagulante y medias elásticas para su prevención.

Gómez⁷³ en su estudio de funcionalidad en la marcha de los adultos mayores con fractura de cadera al alta, utilizando la escala de Katz, refiere que se vuelven dependientes por la falta de movilidad; en el presente estudio se utilizó la misma escala en el grupo de control, el cual reportó un 63.3%, mientras que en el grupo de casos con la intervención educativa el 100% camina sin presentar problemas de movilidad.

Con relación al estudio de Gutiérrez realizado en el 2004, que trata sobre la movilidad, depresión y estado cognitivo de los adultos mayores que presentan alteraciones en la articulación de cadera y esto los vuelve dependientes; en el presente estudio se encontró una similitud con el grupo de control. Situación que se vuelve a observar en el estudio de Alegre López⁷⁹ en su estudio de los factores predictores de mortalidad en fractura y evolución de supervivencia según su destino de alta", además del alto índice de mortalidad, en alteraciones mentales y capacidad funcional comprometida, estas dos últimas muestran similitud en el presente estudio realizado con el grupo de control, no así con el de casos donde se desarrolló la intervención educativa.

En el estudio de Olsson L Karisson J y Ekman⁸¹, que fue un estudio cuasi experimental de casos y controles sobre los efectos de las intervenciones de enfermería dentro de un itinerario integrado de atención a los pacientes que sufre de fractura de cadera donde el 21 por ciento fueron restaurados a las actividades de vida diaria a nivel A (independiente) al alta, mientras que sólo el 5% e el grupo de comparación fueron restituidos a este nivel. En el presente estudio En relación a la funcionalidad, se obtuvo en la primera valoración que en el grupo de casos, 21 adultos mayores son independientes tipo E y un adulto mayor tipo G; en el grupo control predominan 16 adultos mayores independiente E y 4 dependientes G, teniendo una significancia de .279 (cuadro7); en la segunda valoración en el grupo de casos tuvo 19 adultos mayores independientes tipo C y un dependiente tipo G; en el grupo control 13 adultos mayores son independientes tipo E y 7 adultos mayores tipo G y H con una significancia de .000 (cuadro 7) y en la tercera valoración en el grupo control hay tres adultos mayores independiente tipo A, pero no hay un avance significativo en la funcionalidad en comparación con el grupo de casos que aumentó de forma gradual, teniendo una significancia de .000(cuadro 7).

Conclusiones

Al utilizar instrumentos que ya habían sido validados y con alta confiabilidad en poblaciones de adultos de la tercera edad permitió contar con instrumentos de calidad que permiten establecer comparaciones con otros estudios realizados en el ámbito nacional e internacional, lo que garantiza el estudio.

El cuidado brindado por la familia se le identifica como una actividad moral y afectiva, no se reconocen las habilidades y los conocimientos que se requieren para desempeñar esta función, mismas que adquieren por la observación, por reiteración en el tiempo, o bien por el apoyo que le dan otras cuidadoras con cierta experiencia.

La vejez y las complicaciones en la cirugía de cadera producen una discapacidad paulatina, irreversible y a largo plazo por lo tanto, necesita cuidados en la misma proporción, cuyo objetivo es asegurar la calidad de vida con el mayor grado de independencia posible, es por ello que durante la hospitalización se constituye el espacio ideal para la capacitación del cuidador primario, ya que se presentan en el hogar.

La investigación permitió establecer que a menores estudios del cuidador primario menos estrés. Se observó que a mayor nivel de escolaridad, mayor estrés de los cuidadores primarios al egresar su paciente, pero fue menor en la última valoración.

Las complicaciones se presentan de igual forma sin importar la edad del adulto mayor intervenido quirúrgicamente de fractura en caso de no tener formación el cuidador primario para la atención del paciente.

En el grupo de control se presentó dos luxaciones de material quirúrgico en la segunda y tercera valoración y ninguna en el grupo de control.

En las úlceras de presión en la tercera valoración se presentaron 17 pacientes de casos que representó el 56% con úlceras de presión y un paciente del grupo de casos lo que constituyó el 3%; a través de la Ji cuadrada se obtuvo una significancia de .000.

En la prueba de Zarit, que trata sobre la sobrecarga del cuidador primario se observó que en la tercera valoración el grupo de casos no presentaron sobrecarga en lo que respecta al grupo control donde 8 cuidadores presentaron sobre carga intensa y 10 cuidadores con sobrecarga leve, lo cual se representó una significancia de .000 (cuadro 15).

En lo relacionado a los signos y síntomas de infección en la zona quirúrgica, en la primera valoración no aplicó en ambos grupos; en la segunda valoración en el grupo de casos se presentó un signo en el retraso de la cicatrización y en el grupo control 8 pacientes presentaron más de dos, teniendo una significancia de .002 (cuadro 14) y en la tercera valoración el grupo de casos no aplicó; en el grupo control se presentó un paciente con edema y otro paciente con más de dos, teniendo una significancia de .246 (cuadro 14).

En lo relacionado a los signos y síntomas de infección en la zona quirúrgica, estuvo ausente en la primera valoración en ambos grupos; en la segunda valoración, en el grupo de casos se presentó un signo del retraso de la cicatrización y en el grupo control 8 pacientes presentaron teniendo una significancia de .002, en la tercera valoración el grupo de casos no aplicó; en el grupo control se presentó un paciente con edema y otro paciente con más de dos, teniendo una significancia de .246. Es necesario referir que hubo control y antibioticoterapia por parte del grupo médico, lo que se debe de tomar como una variable a considerar.

Las afecciones respiratorias se presentaron de mayor manera en el grupo de casos que el de controles, lo que representó .001 lo que se considera significativo para el estudio.

A partir de la segunda y tercera valoración con el instrumento de Kats se observa diferencias significativas entre el grupo de casos y controles, en el grupo de casos se observa una mayor independencia en la marcha de los pacientes con una significancia de .000.

En el caso de la complicación de trombosis venosa profunda, no se observaron diferencias significativas en función del tratamiento médico y el uso de medias elásticas en ambos grupos.

En la complicación de estreñimiento en el adulto mayor en la segunda y tercera valoración en el grupo de casos solo un adulto mayor presentó estreñimiento y en el grupo control 13 y posteriormente, 18 adultos mayores sí presentaron estreñimiento, esto refleja que la intervención educativa presenta una diferencia estadísticamente significativa con .000 entre casos y controles.

En la percepción de casos y controles en percepción del funcionamiento familiar en la tercera valoración se notó una mejora pero sin ser significativa entre casos y controles.

En el ámbito de la hipótesis de trabajo del estudio que propone que un programa educativo que es transmitido por el profesional de Enfermería al cuidador primario repercute en evitar complicaciones, del adulto mayor con cirugía de cadera en el hogar, en la cual se tomaron como principales indicadores en tres diferentes momentos de valoración (al egreso, a las dos y seis semanas) donde los principales indicadores fueron: úlceras de presión, estreñimiento, infecciones de la zona quirúrgica, infecciones de la zona quirúrgica, trombosis venosa profunda, luxación de material quirúrgico;. Al realizar la prueba de ji cuadrada para los datos nominales dio como resultado tanto en los grupos de casos y controles presentó una significancia de .000, por lo cual se acepta la hipótesis de trabajo

En los indicadores ordinales se les aplicó la prueba de Mann-Whitney en los indicadores de complicaciones como fueron: funcionalidad con índice de Kats, valoración de la marcha, escala de Zarit de sobrecarga del cuidador para el cuidador primario solo en la Escala de Zarit en la 1º y 2º observación no fue significativa, más sí fue significativa en la tercera observación, situación que también se presentó en las úlceras de presión en la primera observación, no así en la segunda y tercera. En los demás indicadores su significancia fue de .000 por lo que se aprueba la hipótesis de trabajo.

Se considera que el estudio permitió a su vez establecer un modelo de intervención educativa con base en la enseñanza situada y las características de aprendizaje del adulto mayor que permitió establecer tiempos y formas de enseñanza, que acorde a los resultados permite a la enfermera inferir en evitar complicaciones al paciente, preparar al cuidador primario y disminuir costos de reingresos al las instituciones, entre otros beneficios.

Referencias Bibliográficas

¹.- CONAPO. (consultado el 12 julio 2008). Disponible en:

<http://www.conapo.gob.mx/00cifras/00indicadores.htm>

².- Programa Nacional de Salud 2007-2012. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud. Secretaria de Salud. Primera edición, 2007 (consultado el 24 de junio del 2008). Disponible en:

http://alianza.salud.gob.mx/descargas/pdf/pns_version_completa.pdf

³.- Instituto para La atención de los Adultos mayores en el Distrito Federal. “Programa Institucional 2008-2012”. Julio 2008

⁴.- Gutiérrez Robledo Luis Miguel. “La salud del anciano en México y la nueva epidemiología del envejecimiento” (consultado el 23 de noviembre del 2008). Disponible en:

<http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/sdm/sdm2004/sdm26.pdf>

⁵.- Secretaria de Salud, Programa Nacional de salud 2007 – 2012, “Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud”, Primera edición 2007.

⁶.- González CA, Ham- Chade R., “Funcionalidad y salud: una tipología del envejecimiento en México” Salud Pública México. 2007; 49 supl 4:S448-S458.

⁷.- Menéndez J, Guevara A, Arcia N, León Diaz EM, Marin C, Alfonso JC. “Enfermedades crónicas y limitación funcional en adultos mayores: estudio comparativo en siete ciudades de América Latina y el Caribe Revista Panamericana de Salud Pública. 2005; 17(5/6):353–61. (Consultado el 8 de junio del 2008). Disponible

en: http://publications.paho.org/Spanish/Menendez_OP_165.pdf.

⁸. - Gallegos Carrillo, Katia, Auto percepción del estado de salud: una aproximación a los ancianos en México, en Rev. Saúde Pública, 2006 40(5):792-801. (Consultado el 9 de junio del 2008). Disponible en:

<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40n5/08.pdf>

⁹.- Gutiérrez Robledo, Luis Miguel, La salud del anciano en México y la nueva epidemiología del envejecimiento; en Situación Demográfica en México. (Consultado el 06 de mayo del 2008) 2004. Disponible en:

<http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/2004/sdm26.pdf>

¹⁰.- Gutiérrez Robledo Luis Miguel. "Memoria Institucional 2007-2009", Instituto de Geriátría. Ed. 1era., julio 2009.

¹¹.- Zuñiga Herrera, Elena, Vega, Daniel, Envejecimiento de la Población en México. Reto del siglo XXI, Ed. Consejo Nacional de Población, México. (Consultado el 12 de mayo del 2008) 2007. Disponible en:

<http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/enveje2005/enveje00.pdf>

¹².- Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS. La Salud y el Envejecimiento. 36° sesión del subcomité de planificación y programación del comité ejecutivo.SPP 36/7, Washington DC; E.U.A., 2002.

¹³ .- Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF). Resolución 54/21.Ginebra-Suiza. 2001.

¹⁴.- Barrantes-Monge M, García-Mayo EJ, Gutiérrez-Robledo LM, Miguel-Jaimes A, Dependencia funcional y enfermedades crónicas en ancianos mexicanos, Rev. Salud Pública México; 2007 49 supl 4:S459-S466. (Consultado el 12 de junio del 2008). Disponible en:

<http://www.scielosp.org/pdf/spm/v49s4/v49s4a04.pdf>.

¹⁵ .- Organización Mundial de la Salud. Salud y Envejecimiento: un marco político. Grupo orgánico de Enfermedades no transmisibles y salud mental. Depto.de prevención de las enfermedades no transmisibles promoción de la salud. Ginebra, Suiza.2002

¹⁶.- González Llamas, Juan Carlos, Evaluación de las acciones del INAPAM; avances y retos, Rev. Salud Pública México; 2007; vol. 49(sup 1):349-352. (Consultado el 12 de abril del 2008). Disponible en:
<http://www.insp.mx/rsp/ files/File/2007/Edicion%20Especial/mesa%20redonda%20XXX%20evaluacion%20de%20las%20acciones.pdf>

¹⁷.- Pérez, Domingo. Seminario Proceso de Envejecimiento. Bogotá. 2000. Pag.32

¹⁸.- Fontana C, Estany J, Pujol J. Concordancia entre índices de dependencia en las actividades de la vida diaria. Experiencia de aplicación en población geriátrica de ámbito rural. Enfermería Clínica. 2001; 12(2):47-53.

-
- ¹⁹.- Lozano Asencio R., Murray C. y Frenk J.” El peso de las enfermedades en México. En: Hill K., Morelos J. y Wong R. Las consecuencias de las transiciones demográfica y epidemiológica en América Latina, El Colegio de México, México, 1999. Págs. 121-146.
- ²⁰.- Guzmán José Miguel “Envejecimiento y desarrollo en América Latina y el Caribe , Centro Latinoamericano y Caribeño de demografía(CELADE), Santiago de Chile, mayo del 2002.
- ²¹.- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. “Enfermería Gerontológica Conceptos para la Practica,” serie PALTEX para ejecutores de programas de salud. No 31. OPS.1993.
- ²².- Pulido, Álvarez. Ma. Eugenia. Envejecimiento Y Longevidad. Medellín. 2002. p. 236
- ²³.- Parker MJ, Gillespie WJ, Gillespie LD. “Protectores de cadera para la prevención de fracturas de cadera en ancianos (Revisión Cochrane traducida). “En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.). Revisión realizada el 12 de septiembre del 2008.
- ²⁴.- Querejeta González Miguel “Discapacidad y dependencia; unificación de criterios de valoración y clasificación” Ed. Merso, España 2004.
- ²⁵ . - Katz, S. Ford, A.B., Moskowitz, A.W., Jackson, B.A., Jaffe, M.W. Studies of Illness in the Aged. The Index of ADL: A Standardized Measure of Biological and Psychosocial Function. JAMA 1963; 185: 914-919.
- ²⁶.- Cid-Ruzafa J, Damián-Moreno J. Valoración de la discapacidad física: El índice de Barthel, Rev. Española de Salud Pública, 1997:127-137.
- ²⁷.- Tze-Pin N, Mathew N, Peak-Cihinang, MBBS, MMed, Ee-HEe-Heck K, FRCPsy. Prevalence and correlates of functional disability in multiethnic elderly Singaporeans. Blackwell-Synergy: J Am Geriatric Soc, 2006; 54(1):21-29.

-
- ²⁸.- McClure R, Turner C, Peel N, Spinks A, Eakin E, Hughes K. Intervenciones basadas en la población para la prevención de lesiones relacionadas con caídas en personas ancianas (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).Revisión el 19 septiembre del 2008.
- ²⁹.- Lacida Baro, Manuela “Deterioro de la movilidad física y continuidad de cuidados”, Comisión para el desarrollo de la enfermería en el servicio Andaluz de salud. España, 2006.
- ³⁰.- Handoll HHG, Sherrington C. Estrategias de movilización después de la cirugía por fractura de cadera en adultos (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.). Revisión el 12 de septiembre del 2008.
- ³¹.- Ayora Torres, Pilar y Cols, “Protocolo de cuidados en úlceras por presión”, Hospital Universitario reina Sofía, Cordoba. Edita dirección de Enfermería Unidad de calidad Docencia e investigación en enfermería, Cordoba. 2000.
- ³².- Molina ME. “Cuidar y Ser Cuidado: Una Experiencia Individual”. Investigación y Educación en Enfermería Universidad de Antioquia, Colombia: 2002; 20(2):142-144.
- ³³.- Friedeman ML.The Frameworks. Universidad O S Wayne: State Detroit; 1995. 3.
- ³⁴.- Sociedad Española de geriatría y gerontología. Cuidar a los que cuidan. Centro de psicología aplicada Universidad Autónoma de Madrid. http://www.uam.es/centros/psicologia/paginas/cuidadores/informacion_programas.html: Revisión 5 de octubre del 2008.

-
- ³⁵. - Nola J. Pender. Toward a Definition of Health. En capítulo 1. Hacia una definición de Salud, Health Promotion in Nursing Practice, Third Edition, Appleton & Lange, Stanford, Connecticut, Traducing: López Casados V. UANL, Monterrey, N.L. Facultad de Enfermería, 1996, pag. 15-31,
- ³⁶. - Nolan M, Grant G, y Keady J. Understanding family care: a multidimensional model of caring and coping. Buckingham: Open University Press; 1996. Pag.8
- ³⁷. - Wilkinson M, Lynn J. Caregiving for advanced chronic illness patients. Tech Reg Anesth Pain Manage. 2005;9:122-32.
- ³⁸. - Case, Salud. Papel de la Mujer en el cuidado de enfermos, adultos mayores y niños en el hogar. Síntesis Ejecutiva. México. Funsalud. 2003
- ³⁹. - García B, Blanco M, Pacheco E. Género y trabajo extra doméstico. En: García B, coord. Mujer, género y población en México. México DF: COLMEX, 1999.
- ⁴⁰. - Ariza M, De Oliveira O. Universo familiar y procesos demográficos. En: De Oliveira O, Ariza M, coords. Imágenes de la familia en el cambio de siglo. México, DF: UNAM, 2004.
- ⁴¹. - Jansson W, Nordberg G, Grafström M. Patterns of elderly spousal caregiving in dementia care: an observational study. J Adv Nurs. 2001; 34: 804 - 12.
- ⁴². - Bover, A. El impacto de cuidar en el bienestar percibido por mujeres y varones de mediana edad: una perspectiva de género. Rev. Enfermería clínica, México, 2006;16,2:69-76
- ⁴³ Centro de Análisis social y Económico (CASESALUD). Cuidados a la Salud en el Hogar y Salud Comunitaria. Un análisis con perspectiva de género. Informe final. Diciembre de 2004.
- ⁴⁴ Escudero. El sistema formal de cuidados: Consecuencia de su visión sobre los cuidados informales. Rev.ROL de enfermería, México´2006; 29,10:33-38.

-
- ⁴⁵.- Schumcher KL, Stewart BJ, Archbold PG, Dodd MJ, Dibble SL. Family caregiving skill: development of the concept. *Res Nurs Health*. 2000; 23(3): 191-203.
- ⁴⁶.- Andrade Cepeda, Rosa, Barcenás Pérez Irma, Blanco Méndez Lucero. Apoyo de Enfermería a las actividades que realizan los cuidadores informales de adultos mayores hospitalizados. *Rev. Desarrollo Científ Enferm.*, México, 2007;15,2:52-55
- ⁴⁷ .- De la Cuesta C. El cuidado del otro: desafíos y posibilidades. *Invest Educ Enferm*. 2007; (25)1: 106-112.
- ⁴⁸.- De la Cuesta Benjumea C. Familia y cuidados a pacientes crónicos: el papel de la enfermera en el cuidado familiar. *Index Enferm*. 2001; 10(34): 20-26.
- ⁴⁹ . - Euswas P, Chick N. On Caring a Being cared for. En: Madjar I, Walton JA. *Nursing and the Experience of Illness*. London: Alien and Unwin; 1999. p.170-188.
- ⁵⁰.- Collière MF. Encontrar el sentido original de los cuidados enfermeros. *Rev. Enferm*. 1999; 22(1):27-31.
- ⁵¹.- Torralba, F. Antropología del cuidar. Instituto de bioética, Fundación Medicina. Barcelona.1998.pag. 23-24
- ⁵² . - Pierson P. Considering the nature of intersubjectivity with professional nursing. *J Adv Nurs*. 1999; 20(2): 294-302
- ⁵³ . - Graham H. A labour of love. En: Finch J, Drowes E. *A labour of love: Women, work and caring*. London: Routledge, Kegan Paul; 1983. Pags. 13-30.
- ⁵⁴ . - Graham H. A labour of love. En: Finch J, Drowes E. *A labour of love: Women, work and caring*. London: Routledge, Kegan Paul; 1983. Pags. 13-30.

⁵⁵ .- De la Cuesta Benjumea C. Cuidado artesanal: la invención ante la adversidad. Medellín: Universidad de Antioquia; 2004. Págs. 223

⁵⁶ De la Cuesta Benjumea C. Cuidado artesanal: la intervención ante la adversidad. Medellín: Universidad de Antioquia; 2004. Págs. 2-29

⁵⁷ .- Díaz Barriga, F. Cognición situada y estrategias para el aprendizaje significativo. *Revista Electrónica de Investigación Educativa*, 2003 5 (2). (consultado el 25 de Enero 2009). Disponible en:

<http://redie.ens.uabc.mx/vol5no2/contenido-arceo.html>

⁵⁸.- Díaz Barriga Arceo Frida. Enseñanza Situada: Vínculo entre la escuela y la vida. Ed. Mc Graw-Hill. México. 2005

⁵⁹ .- González, Isabel, Balo, Aránzazu y Gómez, María. Principios de Geriátrica y Gerontología. Madrid: España, Ed. McGraw-Hill-Interamericana.2006. Págs. 128-136.

⁶⁰ .- Marialcira Quintero Osorio. La salud de los adultos mayores. Una visión compartida. Ed. Vice Rectorado Académico. Universidad del Zulia. 2008. Págs. 71-80

⁶¹ .- Knowles; M. (1970). La práctica moderna de educación de adultos: andragogy Versus Pedagogy. Citado por Cederblan, D. En El Maestro como mentor. El Asesor, Órgano Informativo del Centro de Recursos y Asesoría para los Institutos Bíblicos de América Latina y el Caribe. (Consultado el 08 noviembre del 2009). Disponible en:

www.cefe.gtz.de/brainstormes.com

⁶² .- Alcalá, A. La praxis andragógica en los adultos de edad avanzada. Citado por Cazau, P. (2001) en: Andragogía. (Consultado el 8 de noviembre del 2008). Disponible en: www.uady.mx

⁶³ .- Graham, P. Ob. Cit, p: 1

-
- ⁶⁴.- Sánchez Arias, F. Aprendiendo a desaprender. 1997. (Consultado el 12 de noviembre del 2008). Disponible en: www.geocities.com
- ⁶⁵.- Rivera, E. Los principios del aprendizaje en los adultos. Citado por Cazau, P; en Andragogía (2000).
- ⁶⁶.- Cazau, P. Andragogía.2001.Pag.4
- ⁶⁷.- Kraft, N. The Dilemmas of Deskillling: Reflections of a Staff Developer. Journal of Staff development (EU),1995 Vo. 16, No. 3, P: 31 – 35.
- ⁶⁸.- Caballero Ana, Arroyo Magdalena. “Educación a familiares sobre el manejo del Adulto mayor dependiente”. Rev. cubana Enfermería; Cuba: 2002: 18 (1): pag.42-49.
- ⁶⁹.- Nieves García Castillo. Cols. “Implantación de un programa de apoyo al cuidador del anciano dependiente hospitalizado”.Rev. Nure Investigación.España:2005: Volumen 17,pag.2-15
- ⁷⁰ Cree M; Carriere KC; Soskolne CL; Suárez-Almazor M.” La dependencia funcional después de una fractura de cadera.”; Rev. Med Rehabilitación. 2001. 80 (10) :736-43,
- ⁷¹ Choong PF, Langford AK, Dowsey MM, Santamaria NM. La utilización de guías clínicas reduce la duración de la estancia en la fractura de cadera, especialmente en pacientes que requieren evaluación geriátrica. Rev.Clinical Pathway for fractured neck of femur: a prospective, controlled study. Med J Aust 2000; 172: pags. 423-426.
- ⁷² .- Galea, Levinger P, N Lythgoe; C Cimoli, R Weller, Tully E; J McMeeken; Westh R. “Un hogar dirigido y basado en el centro el programa de ejercicio para las personas después del reemplazo total de cadera: un ensayo clínico aleatorizado.” Rev. Arch Phys Med Rehabil. EEUU: 2008; 89 (8): 1442-7, agosto 2008.
- ⁷³.- Gómez Salvador. op.cit.

⁷⁴.- Barrantes-Monge M, García-Mayo EJ, Gutiérrez-Robledo LM, Miguel-Jaimes A (2007), "Dependencia funcional y enfermedades crónicas en ancianos mexicanos" en *Salud Pública México*; 49 supl 4:S459-S466.

⁷⁵.- Huusko TM, Karppi P, Avikainen V, Kautiainen H, Sulkava R. Randomised, Clinically controlled trial of intensive geriatric rehabilitation in patients with hip fracture: subgroup analysis of patients with dementia. *Rev. BMJ. China*. 2000; 321:pags. 1107-11

⁷⁶ .- McNamara Lain, Sharma Aman , Prevost Teresa, y Martyn Parker, "Trombo embolismo venoso sintomático después de una fractura de cadera". *Rev. Acta Orthop. Reino Unido*. 2009; 80(6): 687-692

⁷⁷.- Eric J. Lenze, M.D., Elizabeth R. Skidmore, Ph.D., María Rocío Amanda, Ph.D., Meryl A. Butters, Ph.D., Joan C. Rogers, Ph.D., Amy Begley, M.A., Charles F. Reynolds, III, M.D.,¹ y Michael C. Munin, M.D. "Tiene la depresión, la apatía, o deterioro cognitivo reducir el beneficio de la rehabilitación de hospitalización para pacientes ancianos con fractura de cadera?". *Rev. Psychiatry, Medicine and Primary Care. EE.UU.* 2007; Tomo 29(2) pag. 141-146.

⁷⁸ .- Lin, SH Hung, MH Liao, SY Sheen, Jong SY., "Cuidados y el nivel de dificultad de atención en materia de fracturas de cadera en la población geriátrica Durante el período de transición posterior a la aprobación de la gestión". *Rev.J. Nurs. EEUU*. 2006; 14(4):pag 251-60

⁷⁹.- Alegre López J. "Estudio de los factores predictores de mortalidad en los pacientes con fractura de cadera osteoporótica de cadera en el año que sigue a la fractura y evolución de la supervivencia según sea su destino al alta." *Rev. Española de reumatología.España*;2003: 39(5):pag.189

⁸⁰. - Naylor MD, Brooten D, Campbell R, Jacobsen BS, Mezey M, Pauly MV, Schwartz JS. La planificación del alta y atención domiciliaria de pacientes ancianos realizada por enfermeras especializadas reduce los reingresos hospitalarios. JAMA 1999; 281:613-620.

⁸¹ .- Olsson L.E., Karlsson J., Ekman R., “Efectos de las intervenciones de enfermería dentro de un itinerario integrado de atención a los pacientes que sufren de fractura de cadera”. Rev.Ady Nurs., EEUU: 2007; 58 (2): pag.116-25.

⁸² .- Sez López P., madrugada Galán F., y Rubio Caballero J.A. “detección de problemas en pacientes geriátricos con fractura de cadera. Importancia de la colaboración entre traumatólogo y geriatría”. Rev. Ortopedica Traumatologia. Madrid, 2007;51.pág. 144-51

⁸³ .- M Vidan, JA Serra, C Moreno, G Riquelme, J. Ortiz. “Eficacia de una intervención geriátrica integral en pacientes mayores hospitalizados por fractura de cadera: un estudio aleatorizado y controlado”. Rev. American Geriatrics Society. EEUU. 2005; 53(9):pag 1476-82.

⁸⁴. - Williams MA., Oberst MT., Bjorklund aC, Hughes SH. “Cuidado familiar en los casos de fractura de cadera”. Rev. Rehabil Nurs. EEUU: 2006; 21(3):pag. 124-131.

⁸⁵.- Crotty M., Unroe K., Cameron ID., Miller M., Ramírez G, L Couzner. Intervenciones de rehabilitación para mejorar el funcionamiento físico y psicosocial con fractura de cadera en personas mayores. Rev Artigo; Metanálisis. Cochrane Database Syst Rev. 2010: (1): CD007624 de 2010 (consultado el 20 de enero del 2010).

⁸⁶.- McClure R, Turner C, Peel N, Spinks A, Eakin E, Hughes K. Intervenciones basadas en la población para la prevención de lesiones relacionadas con caídas en personas ancianas (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 2.

Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.). (Consultado el 28 de diciembre del 2008). Disponible en:

<http://www.update-software.com>.

⁸⁷.- Handoll HHG, Sherrington C. Estrategias de movilización después de la cirugía por fractura de cadera en adultos (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.). (Consultado el 28 de diciembre del 2008). Disponible en:

<http://www.update-software.com>

⁸⁸. - Parker MJ, Gillespie WJ, Gillespie LD. Protectores de cadera para la prevención de fracturas de cadera en ancianos (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.). (Consultado el 12 de diciembre del 2008). Disponible en:

<http://www.update-software.com>.

⁸⁹.- Parkes J, Shepperd S. Alta planificada del hospital al domicilio. Dr. H M Dalal BMJ 2003; 326:481-4. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2002 Issue 1. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd. (Consultado el 23 de noviembre del 2008). Disponible en:

<http://www.update-software.com>

⁹⁰.- Smith B, Appleton S, Adams R, Southcott A, Ruffin R. Atención domiciliaria con enfermería de extensión para la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2006 Número 1. Oxford: Update Software Ltd. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2006 Issue 1. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.). (Consultado el 29 de noviembre del 2008). Disponible en:

<http://www.update-software.com>.

⁹¹.- Ward D, Severs M, Dean T, Brooks N. Ámbitos de atención domiciliaria versus hospitalaria y del propio domicilio para la rehabilitación de ancianos (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.). (Consultada el 18 de diciembre del 2008). Disponible en:

<http://www.update-software.com>.

⁹².- Guzmán, José Miguel, Envejecimiento y desarrollo en América Latina y el Caribe. *Serie Población y Desarrollo*, 2002: 28, CELADE-CEPAL, mayo. (consultado el 8 de junio 2008). Disponible en :

<http://www.eclac.cl/publicaciones/Poblacion/7/LCL1737P/serie28.pdf>

⁹³⁹³.- Gasprini, Leonardo, *Poverty among the Elderly in Latin America and the Caribbean*, Documento de trabajo para la elaboración del informe: Estudio Económico y Social Mundial 2007 de la ONU. (consultado 10 de junio 2008). Disponible en:

<http://www.un.org/esa/policy/wess/wess2007files/backgroundpapers/lac.pdf>

⁹⁴.- Menéndez J, Guevara A, Arcia N, León Diaz EM, Marín C, Alfonso JC. Enfermedades crónicas y limitación funcional en adultos mayores: estudio comparativo en siete ciudades de América Latina y el Caribe. *Rev. Panamericana de Salud Pública*. 2005; (consultado 8 de junio 2008).17 (5/6):353–61. Disponible en:

http://publications.paho.org/Spanish/Menendez_OP_165.pdf

⁹⁵.- González César A., Ham-Chande Roberto. Funcionalidad y salud: una tipología del envejecimiento en México. *Rev. Salud publica de México*. Vol.49, enero 31 de 2007, México, págs. 448-458

⁹⁶.- Gutiérrez Robledo Luis miguel. *Memorias del Instituto de Geriatria 2007-2009*. Primera edición, Impreso por Graphimedica S.A. de C.V., México Secretaria de Salud 2009.

⁹⁷.- Ham-Chande Roberto, Gutiérrez Robledo Luis M. Salud y envejecimiento en el siglo XX. Rev. Salud Pública de México, Instituto Nacional de salud pública, Cuernavaca, México. 2007; 49 (4): 433-435.

⁹⁸ .- Carvajal Montoya Alvaro. Las caídas y fracturas de cadera en el adulto mayor. Rev. Medica de Costa Rica y Centroamérica. 2007; LXIV (581): 199-202.

⁹⁹ Muñoz G. Sebastián, Lavanderos F. Jorge, Vilches A. Loreto. Fractura de cadera. Rev. Cuad. Cir. Chile. 2008; 22: 73-81.

¹⁰⁰.- De la Torre González Diego M., Góngora López Jorge., Galeana López Juan C. Tratamiento quirúrgico de las fractura intertrocánticas de la cadera en el anciano. Rev. Trauma.2004; 7 (2): 53-58.

¹⁰¹ .- Ardila Enrique, Guzmán Miguel, Cristancho Pilar. Características de las fracturas de cadera: a propósito del análisis de Historias Clínicas en tres hospitales Universitarios Colombianos. Rev. Metabolismo Óseo y Mineral México. 2004; 2 (2): 155-160.

¹⁰² .- Orantes López María Elena. Día Mundial de la Osteoporosis. Gaceta del Senado de la Republica Mexicana (se consulto el día 18 de julio del 2008) No.152. Disponible en:

www:\Documents and Settings\HPPPropietario\Mis documentos\Senado de la República.mht

¹⁰³ .- Rodríguez García Rosalía, Lazcano Botello Guillermo. Práctica de la geriatría: Fractura de Cadera. 2da edición, Ed. McGraw-Hill 2007, págs. 204-208

¹⁰⁴ .- Pérez Carvajal Alexis, Matos Duarte Severino, Padovani Antonio. Morbilidad por fractura de Cadera. Rev. Cubana Ortp.Traumatol.2000; 14(1-2): 12-16.

¹⁰⁵.- Aviña Valencia Jorge, Azpiazu Lee Jacaranda. El viejo... y la fractura de cadera. Rev. Mex Ortp Traum. 2000; 14(6): 478-483

¹⁰⁶.- Karp M.david. El anciano dependiente, una ley francesa, la realidad nacional; un estudio comprobado. Rev. Ética y excelencia. (consultado el 5 de junio 2008) 2005. Disponible en:

<http://weblog.maimonides.edu/gerontología/archives/000984.html>.

¹⁰⁷.- Escudero Rodríguez B. El sistema formal de los cuidadores: consecuencias de su visión sobre los cuidadores informales. Rev. Rol Enf. España. 2006: 29(10): 671-676

¹⁰⁸.- Escudero Rodríguez B.op cit

¹⁰⁹.- Hernández Ramírez Magdalena. Dependencia del adulto mayor con enfermedad vascular cerebral y el rol de los cuidadores informales. Rev. Desarrollo Científico Enf. México. 2006; 14(7): 252-257.

¹¹⁰.- Montalvo Prieto Amparo Astrid. Los cuidadores de pacientes con Alzheimer y su habilidad de cuidado en la ciudad de Cartagena. Rev. Avances de Enf.; Colombia. 2007; 25(2): 90-100

¹¹¹.- Marrugat Prió M. Luisa. La familia cuidadora y su incidencia en la calidad de vida de las personas dependientes. Rev. Mult Gerontológica, España. 2005; 15(3): 171-177.

¹¹³.- Sánchez Herrera Beatriz. La cronicidad y el cuidado familiar, un problema de todas las edades: los cuidadores de ancianos. Rev. Avances en Enfermería, Colombia. 2004; 22(1): 61-67

¹¹⁴.- Rojas Martínez María Victoria. Asociación entre la habilidad del cuidado del cuidador, el tiempo de cuidado y el grado de dependencia del adulto mayor que vive en situación de enfermedad. Rev. Avances en Enfermería, Colombia.2007; 25(1):33-45

¹¹⁵.- Gómez Salvador Beatriz. Resultado funcional después de fractura de cadera en ancianos. Rev. Investigación (consultado el 12 de julio 2008) Disponible en:

<http://www.imseronamayores.csci.es/seniinv/quieesquien/proyecto.jsp?idproy=6>

-
- ¹¹⁶.- Rodríguez García Rosalía, Lazcano Botello Guillermo. *Practica de la Geriatria*. Ed.Mc Graw Hill 2da.edición 2007. pág.204-207
- ¹¹⁷.- Barrantes-Monge M, García-Mayo EJ, Gutiérrez-Robledo LM, Miguel-Jaimes. Dependencia funcional y enfermedades crónicas en ancianos mexicanos. *Rev. Salud Pública México*; 2006: 459-468.
- ¹¹⁸.- Andrade Cepeda Rosa M, Pérez Bárcenas Irma, Méndez Blanco Lucero. Apoyo de Enfermería a las actividades que realizan los cuidadores informales de Adultos Mayores hospitalizados. *Rev. Desarrollo Científico Enfermería* , México.2007; 15(2)52-55
- ¹¹⁹.- González Garzón María Jesús. La dependencia en el decir de los mayores. *Rev.de la sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica*, España. 2006;1,(2): 66-74
- ¹²⁰.- CONAPO, INEGI y COLMEX. *Conciliación Demográfica 2006*. (consultado el 7 junio 2008). Disponible en: www.conapo.gob.mx
- ¹²¹.- Reyes Tépac M. *Análisis demográfico y socioeconómico de la población de adultos mayores de México, 2006-2050*. Cámara de Diputados, Servicios de Investigación y Análisis. Subdirección de Economía México. (consultado el 7 junio 2008) 2006 octubre. Disponible en: <http://www.gerontologia.org/portal/archivosUpload/SE-ISS-09-06.pdf>
- ¹²².- Cassel J. Miracles of Modern Medicine/ Casualites of ModernMedicine. *Qual Helth Res*. 2005; 15(4): 558-559
- ¹²³. - Blackburn C. Read J.Hughes N. Cares and the digital divide: factors affecting Internet use among cares.*Health Soc Care Community*. 2005; 13(3): 201-210
- ¹²⁴.- Programa Nacional de Salud 2007-2012. *Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud*. Secretaria de Salud. Primera edición, (consultado el 24 de junio del 2008). 2007. Disponible en: http://alianza.salud.gob.mx/descargas/pdf/pns_version_completa.pdf,

¹²⁵. - Levine J, Lawlor BA. Family counseling and legal issues in Alzheimer's Disease. *Psychiatr Clin North Am* 1991; 14: 385-396.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Ander – Egg, Ezequiel; Aguilar Ibáñez María José. *Cómo elaborar un proyecto. Guía para diseñar proyectos sociales y culturales*. 14^a edición, ampliada y revisada.
2. Burns, Nancy. Grove, Susan K. *Investigación en enfermería*. Ed. Elsevier. España. 2004.

-
3. Casado Marín David, López G., Vejez, dependencia y cuidados de larga duración, Situación actual y perspectivas de futuro. Ed. La Caixa, España, 2001.
 4. Hernández Sampieri, Roberto. Fernández Collado, Carlos. Baptista Lucio, Pilar. *Metodología de la investigación*. Ed. McGraw – Hill. 4ª edición. México 2006.
 5. Hungler, Polit *Investigación científica en ciencias de la salud*. McGraw – Hill. 6ª edición. México. 1999 pp118-124
 6. Morán Peña, Laura. *Método científico y proceso de atención de enfermería*. Ed. UNAM – SUA. México. 1994 pp. 129 - 158.
 7. Organización Panamericana de la salud, Oficina sanitaria Panamericana, Oficina regional de OMS, Aspectos Clínicos en la atención a los adultos Mayores., Fundación Norvartis, agosto del 2001.
 8. Tamayo y Tamayo Mario. *El proceso de la investigación científica. Incluye glosario y Manual de evaluación de proyectos*. Ed. Limusa Noriega. México, 3ª edición. 2000.