



**UNIVERSIDAD AUSTRAL DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA**

**“IDENTIFICACIÓN DEL GRADO DE APOYO Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR DE
LOS ADULTOS MAYORES, QUE REQUIEREN ENDOPRÓTESIS TOTAL, Y/O
PARCIAL DE CADERA OCTUBRE - NOVIEMBRE 2006 DEL HOSPITAL CLÍNICO
REGIONAL VALDIVIA CHILE”.**

Tesis presentada como parte de los
requisitos para optar al grado de
Licenciado de Enfermería

**SOLANGE DEL PILAR CATALÁN CONTRERAS
VALDIVIA – CHILE
2007.**

Profesor Patrocinante:

Nombre : Ana Luisa Cisterna M.
Profesión : Enfermera
Grados : Magíster en Geriatría,
Magíster en modelado del conocimiento para entornos educativos
virtuales,
Doctorado en Geriatría (c)

Profesores Informantes:

1) - Nombre : Gema Santander M.
- Profesión : Enfermera.
- Grados : Magíster en Salud Pública.

- Instituto : Enfermería.
- Facultad : Medicina.
- Firma :

2) - Nombre : Cecilia Molina D.
- Profesión : Enfermera
- Grados : Magíster en Enfermería, mención Médico- Quirúrgica

- Instituto : Enfermería.
- Facultad : Medicina.
- Firma :

ÍNDICE

<u>CONTENIDO</u>	<u>PÁGINA</u>
Introducción	1
Marco Teórico	4
Objetivos:	25
• Objetivo General	25
• Objetivos específicos	25
Material y Método:	27
• Tipo de estudio	27
• Lugar de Desarrollo	27
• Criterio de Inclusión	27
• Criterio de Exclusión	28
• Consentimiento Informado	28
• Métodos e instrumento de recolección de datos	28
• Tiempo de ejecución	29
Definición nominal y operacional de variables independientes	30
Definición nominal de variables dependientes	31
Análisis y presentación de los resultados	35
Discusión.	61
Conclusión	64
Proyección del trabajo para enfermería	65
Bibliografía	66
Anexos:	68
• Acta Consentimiento Informado	69
• Métodos e instrumento de recolección de datos “ Encuesta”	71

ÍNDICE DE GRAFICOS

<u>CONTENIDO</u>	<u>PÁGINA</u>
Gráfico N° 1: Distribución porcentual de pacientes operados de Prótesis de Cadera, según Sexo, en servicio de Ortopedia y Traumatología, HCRV Período Octubre – Noviembre 2006	35
Gráfico N° 2: Distribución porcentual de pacientes operados de Prótesis de Cadera, según Edad, en servicio de Ortopedia y Traumatología, HCRV, Período Octubre – Noviembre 2006	36
Gráfico N° 3: Distribución porcentual de pacientes operados de Prótesis de Cadera, según Sexo y Edad, en servicio de Ortopedia y Traumatología, HCRV, Período Octubre – Noviembre 2006	37
Gráfico N° 4: Distribución porcentual de pacientes operados de Prótesis de Cadera, según Escolaridad, en servicio de Ortopedia y Traumatología, HCRV, Período Octubre – Noviembre 2006	38
Gráfico N° 5: Distribución porcentual de pacientes operados de Prótesis de Cadera, según Procedencia, en servicio de Ortopedia y Traumatología, HCRV, Período Octubre – Noviembre 2006	39
Gráfico N° 6: Distribución porcentual de pacientes operados de Prótesis de Cadera, según Tipo de Familia en servicio de Ortopedia y Traumatología, Hospital Regional Valdivia Período Octubre – Noviembre 2006	40
Gráfico N° 7: : Distribución porcentual de pacientes operados de Prótesis de Cadera, según Componente Principal de la Familia, en servicio de Ortopedia y Traumatología, HCRV, Período Octubre – Noviembre 2006	41
Gráfico N° 8: Distribución porcentual, según Tamaño de la Red Social “Amigos” en pacientes operados de Prótesis de Cadera en servicio de Ortopedia y Traumatología, Hospital Regional Valdivia Período Octubre – Noviembre 2006	42

Gráfico N° 9: Distribución porcentual de pacientes operados de Prótesis de Cadera, según Tamaño de la Red Social “Familiares”, en servicio de Ortopedia y Traumatología, HCRV, Período Octubre – Noviembre 2006	43
Gráfico N° 10: Distribución porcentual de pacientes operados de Prótesis de Cadera, según Redes Sociales Primarias en servicio de Ortopedia y Traumatología, HCRV, Período Octubre – Noviembre 2006	44
Gráfico N° 11: Distribución porcentual de pacientes operados de Prótesis de Cadera, según Redes Sociales Secundarias, en servicio de Ortopedia y Traumatología, HCRV, Período Octubre – Noviembre 2006	45
Gráfico N° 12: Distribución porcentual de pacientes operados de Prótesis de Cadera, según Funcionalidad Familiar, en servicio de Ortopedia y Traumatología, HCRV, Período Octubre – Noviembre 2006	46
Gráfico N° 13: Distribución porcentual de pacientes operados de Prótesis de Cadera, según Funcionalidad Familiar “Alta” y Tipo de Familia, en servicio de Ortopedia y Traumatología, HCRV, Período Octubre – Noviembre 2006	47
Gráfico N° 14: Distribución porcentual de pacientes operados de Prótesis de Cadera, según Funcionalidad Familiar “Alta” y Edad, en servicio de Ortopedia y Traumatología, HCRV, Período Octubre – Noviembre 2006	48
Gráfico N° 15: Distribución porcentual de pacientes operados de Prótesis de Cadera, según Apoyo Social Índice Global en servicio de Ortopedia y Traumatología, HCRV, Período Octubre – Noviembre 2006	49
Gráfico N° 16: Distribución numérica de pacientes operados de Prótesis de Cadera, según Apoyo Social y Sexo Femenino en servicio de Ortopedia y Traumatología, HCRV, Período Octubre – Noviembre 2006	50
Gráfico N° 17: Distribución numérica de pacientes operados de Prótesis de Cadera, según Apoyo Social Índice Global y Escolaridad, en servicio de Ortopedia y Traumatología, HCRV, Período Octubre – Noviembre 2006	51
Gráfico N° 18: Distribución numérica de pacientes operados de Prótesis de Cadera, según Apoyo Social Índice Global y Procedencia, en servicio de Ortopedia y Traumatología, HCRV, Período Octubre – Noviembre 2006	52

Gráfico N° 19: Distribución porcentual de pacientes operados de Prótesis de Cadera, según Apoyo Social, Índice Emocional/Informacional, en servicio de Ortopedia y Traumatología, HCRV, Período Octubre – Noviembre 2006	53
Gráfico N° 20: Distribución numérica de pacientes operados de Prótesis de Cadera, según Apoyo Social, Índice Emocional/Informacional y Sexo, en servicio de Ortopedia y Traumatología, HCRV, Período Octubre – Noviembre 2006	54
Gráfico N° 21: Distribución porcentual de pacientes operados de Prótesis de Cadera, según Apoyo Social, Índice Instrumental en servicio de Ortopedia y Traumatología, HCRV, Período Octubre – Noviembre 2006	55
Gráfico N° 22: Distribución numérica de pacientes operados de Prótesis de Cadera, según Apoyo Social, Índice Instrumental y Sexo, en servicio de Ortopedia y Traumatología, HCRV, Período Octubre – Noviembre 2006	56
Gráfico N° 23: Distribución porcentual de pacientes operados de Prótesis de Cadera, según Apoyo Social , Interacción Social - Positiva en servicio de Ortopedia y Traumatología, HCRV, Período Octubre – Noviembre 2006	57
Gráfico N° 24: Distribución numérica de pacientes operados de Prótesis de Cadera, según Apoyo Social , Interacción Social – Positiva y Sexo, en servicio de Ortopedia y Traumatología, HCRV, Período Octubre – Noviembre 2006	58
Gráfico N° 25: Distribución porcentual de pacientes operados de Prótesis de Cadera, según Apoyo Social, Índice Apoyo Afectivo en servicio de Ortopedia y Traumatología, HCRV, Período Octubre – Noviembre 2006	59
Gráfico N° 26: Distribución numérica de pacientes operados de Prótesis de Cadera, según Apoyo Social, Índice Apoyo Afectivo y Sexo, en servicio de Ortopedia y Traumatología, HCRV, Período Octubre – Noviembre 2006	60

RESUMEN

La Enfermería se caracteriza y distingue de otras profesiones del sector salud, por ser una disciplina de orden biopsicosocial, que abarca a lo largo de todo su proceso de valoración, diagnóstico, tratamiento y evaluación, al ser humano como un ser holístico. Por esta razón es que Enfermería tiene la responsabilidad y el deber de no sólo cuidar y ayudar al ser enfermo, sino que también de orientarlo, ser una guía, y de contribuir a mejorar la calidad de vida del ser humano. Es por esto que la red social de cada ser humano cobra cada día mayor importancia, ya que la satisfacción de las necesidades depende mucho de la calidad y características de ésta, pero también depende de la capacidad de cada persona para utilizar este recurso en forma eficiente, para el logro de sus necesidades según la prioridad y urgencia que éste les otorgue.

En este estudio uno de los objetivos es, determinar los elementos estructurales y funcionales de apoyo social que tienen los pacientes mayor o igual a 60 años candidatos a una Prótesis Parcial de Cadera (PPC) o una Prótesis Total de Cadera (PTC) Operados en el servicio de Ortopedia y Traumatología del Hospital Regional Valdivia, durante el periodo Octubre – Noviembre de 2006. El diseño metodológico que se utilizó para realizar este estudio fue de tipo descriptivo de corte transversal, no experimental, cuantitativo, observacional, prospectivo. Para la recolección de datos se utilizó el Cuestionario MOS (Medical Outcomes Study) de Apoyo Social, el cual mide *Grado de apoyo emocional/ informacional*, que evalúa asistencia, ayuda de una persona con en fin de instruir, enseñar, *Grado de apoyo Instrumental*: asistencia en tareas o labores diarias que debe realizar un individuo, es un apoyo concreto, *Grado de Apoyo Afectivo*: ayuda relativa a la sensibilidad, al cariño, la amistad, ayuda referente a afecto, *Grado de apoyo de Interacción Social positiva, ocio/distracción*: ayuda que recibe un individuo para distraerse compartir, ésta puede ser de ayuda reciproca

Además se utilizó el Apgar Familiar con el objetivo de medir la Funcionalidad Familiar de estos pacientes que consiste en “un cuestionario autoadministrado, desarrollado por *Smilkstein y cols.*,. Evalúa las diferentes dimensiones en que los autores dividen el funcionamiento familiar (modificado *Smilkstein y cols*): Adaptabilidad, Cooperación o participación, Desarrollo (maduración física y emocional y autorrealización por el apoyo y asesoramiento), Afectividad y Capacidad resolutoria (compromiso de dedicar tiempo a las necesidades físicas y emocionales)

Esta investigación concluyó que la población más afectada con esta patología, es de sexo Femenino, con un rango de edad de 60 a 65 años, con una escolaridad predominante de Enseñanza Básica y Media Incompleta, de procedencia Urbana. Con una estructura familiar constituida por ambos padres, solos o con sus hijos, cuyo componente principal en quien encuentran el mayor apoyo es en primer lugar el Hijo/a. Además poseen una red social pequeña, constituida principalmente por el grupo familiar y poseen una Alta Funcionalidad Familiar, lo que demuestra que nuestra población en estudio posee una buena red de apoyo, con la que se sienten satisfechos en todas sus necesidades.

SUMMARY

The Nursing is characterized and distinguishes from other professions of the sector health, for being a discipline of order biopsicosocial, that it includes along all his process of valuation, diagnosis, treatment and evaluation, to the human being as a being holístico. For this reason it is that Nursing has the responsibility and the duty of not only be careful and help the sick being, but also of orientating it, being a guide, and of helping to improve the quality of life of the human being. It is for this that the social network of every human being receives every major day importance, since the satisfaction of the needs depends much on the quality and characteristics on this one, but also it) depends on the capacity of every person to use this resource in efficient form, for the achievement of his needs according to the priority and urgency that this one grants them.

In this study one of the aims is, to determine the structural and functional elements of social support that the patients have major or equal to 60 years candidates for a Partial Prosthesis of Hip (PPC) or a Total Prosthesis of Hip (PTC) Operated in the service of Orthopedics and Orthopedic surgery of the Regional Hospital Valdivia, during the period October - November, 2006. The methodological design that was in use for realizing this study was of descriptive type of transverse, not experimental, quantitative cut, observacional, market. For the compilation of information I use the Questionnaire MOS (Medical Outcomes Study) of Social Support, which measures Degree of support Emotional/informacional, that evaluates assistance, It helps with a person with in end(purpose) of instructing, of teaching(showing), Degree of Instrumental support: assistance in tasks or daily labors that an individual must realize, is a concrete support, Degree of Affective Support: help relative to the sensibility, to the fondness, the friendship, help relating to affection, Degree of support of Social positive Interaction, leisure / distraction: help that an individual receives to relax to share, this one can be of reciprocal help

In addition the Apgar Familiar was in use with the aim to measure the Familiar Functionality of these patients that consists in “a questionnaire autoadministered, developed by Smilkstein and cols. He evaluates the different dimensions in which the authors divide the familiar functioning (modified Smilkstein and cols): Adaptability, Cooperation or participation, Development (physical and emotional ripeness and autorrealización for the support and advice), Affectibility and Capacity resolutoria (commitment to dedicate time to the physical and emotional needs)

This investigation concluded that the population most affected with this pathology, is of Feminine sex, with a range of age from 60 to 65 years, with a predominant education of Basic Education and Incomplete Average, of Urban origin. With a familiar structure constituted by both parents, alone or with his children, whose principal component in whom they find the major support is first the Son/daughter. In addition they possess a social small network, constituted principally by the familiar group and possess a High Familiar Functionality, which demonstrates that our population in study possesses a good network of support, with which they feel satisfied in all his needs.

INTRODUCCION

La población de los adultos, medios y mayores, está predispuesta a presentar diferentes patologías ya sea por el deterioro que estos sufren por la simple consecuencia de la vida o producto de la genética. La artrosis de cadera es a causa de cualquiera de las ya mencionadas y es provocada por el desgaste de ésta por el uso y envejecimiento articular, lo que genera desde el punto de vista funcional, dificultad en la marcha, trastorno del sueño, aislamiento, depresión, etc

. Todo lo anterior puede conducir al paciente a la invalidez y discapacidad con un impacto negativo en la calidad de vida, de su entorno familiar y social. Es por esto que está dentro de las patologías AUGE, cuyo objetivo es "Mejorar la calidad de vida y prevenir la discapacidad en los Adultos Mayores (65 años y más) con Artrosis de Cadera que compromete severamente su situación clínica y funcional, mediante la cirugía con Endoprótesis Total de Caderas y Rehabilitación postoperatoria inmediata"(Protocolo AUGE Documento de trabajo abril 2004, Gobierno de Chile Ministerio de salud), en donde se garantiza el acceso a la atención de salud, oportuna, de calidad y con protección financiera.

A esta patología se suma la fractura de cadera que puede ser ocasionada por las caídas, los adultos se caen por muchas causas, desde las alteraciones para caminar, la visión defectuosa, la falta de equilibrio, etc. hasta los accidentes producto de las escaleras sin pasamanos y sin antideslizantes, los desniveles de la calle, la falta de iluminación nocturna para concurrir al baño, etc.

Estas dos patologías tienen como denominador común su tratamiento que es la Prótesis de Cadera, ya sea Total o Parcial, lo que implica que la persona se encontrará en un estado de dependencia temporal por consecuencia de la misma patología y el proceso post quirúrgico y de rehabilitación que éste requiere.

Si bien la nueva ley AUGE, en el caso de las artrosis y los tratamientos en general para la fractura de cadera, conduce a muchos beneficios, ya descritos anteriormente, se centra en cumplir metas, y en desocupar camas para que ingresen nuevos pacientes. Lo que no contempla es si la sociedad, más bien la población de adultos mayores, cuenta o no con una red de apoyo suficiente para promover estos beneficios, necesaria para la asistencia diaria de las necesidades biopsicosociales, además de los cuidados posquirúrgicos que se requiere, para así llegar a un equilibrio entre la entrega de atención en salud y la posterior mantención de ésta por parte de los beneficiados.

Es por esto que me ha interesado estudiar en que ambiente sociodemográfico y redes sociales de apoyo, está inmersa la población que es operada de Prótesis de Cadera, porque en la tercera edad y con este tipo de patología es primordial contar con una red de apoyo que impulse una asistencia integral y así mantener la actividad social, cognitiva y física, que estos requieren. Los adultos mayores que no tienen apoyo social presentan trastornos del afecto, porque la soledad trae depresión y sensación de abandono. También trastornos de alimentación, porque no cocinan y terminan comiendo cualquier cosa. Así mismo, aumentan los riesgos de accidentes (caídas, por ejemplo) y de enfermedades. (14)

Estudios han demostrado que si un adulto mayor se enferma pero tiene compañía, se recupera más rápido, disminuyen los días y los episodios de hospitalización y las urgencias. Un adulto mayor acompañado y activo, está más estimulado cognitivamente, incrementa su lenguaje, tiene mejor movilidad, se siente más seguro, estable y feliz. (20)

Además este estudio beneficiará al Servicio de Ortopedia y Traumatología del Hospital Regional Valdivia, ya que no existe un conocimiento íntegro de las características de las redes de apoyo de los pacientes, porque no cuenta con Enfermeras en el policlínico que pudiera mantener un seguimiento más evidente de estos pacientes.

Además de lo ya descrito para este estudio, es necesario conocer las diferentes áreas que rodean a este adulto mayor, uno de ellos es la funcionalidad Familiar: para estos efectos se aplicó el APGAR FAMILIAR, que es un cuestionario que evalúa las diferentes dimensiones en que se dividen el funcionamiento familiar que engloba varios conceptos y clasifica a las familias como Normofuncionales, moderada disfuncionalidad y gravemente disfuncionales

Las Redes de Apoyo Social han demostrado ser un gran recurso para que las personas mejoren los estados de salud y de bienestar, y transformarse en un importante agente restaurador cuando la salud se ha comprometido, como lo es en el caso de presentar Artrosis de cadera y o fractura de cadera. Por lo que se hace necesario conocer esta red social con la que cuenta esta población de adultos mayores, como es el nivel de cohesión familiar o como se adaptan a estas situaciones de estrés.

Para la valoración de los sistemas de apoyo existen una serie de instrumentos entre los que se encuentra el Cuestionario de MOS (de apoyo social), que recoge información multidimensional: Apoyo emocional/informacional, instrumental, afectivo e interacción social positiva, las cuales se miden sobre una escala de Likert, de 1 a 5, excepto el primer ítem, el cual informa del tamaño de la red social.

En este marco, el rol Asistencial de la Enfermería, en la realización de diagnósticos de Enfermería en los sistemas de apoyo social. Si existieran deficiencias de apoyo o éste fuera inexistente, el papel como enfermera sería evitar y disminuir la ansiedad que esta situación pudiera generar y ayudar a buscar medidas alternativas que le provean del apoyo necesario.

MARCO TEÓRICO

El envejecimiento visto como un proceso que experimentan los individuos puede ser visto desde dos enfoques, uno biológico y otro social. Para el profesor Thomae (1982), la vejez es un destino social, puesto que son las características de la sociedad las que condicionan tanto la cantidad, como la calidad de vida. Peter Thownsend, citado por Barros (1993) plantea algo similar cuando sostiene que la situación actual de dependencia de los ancianos ha sido creada por la política social. Una política social en muchas ocasiones no publicada.

Chawla (1988) afirma que los ancianos "no siempre son dependientes a causa de su decadencia física, sino que lo son frecuentemente debido a la forma cómo son categorizados socialmente y a las presiones que se ejercen sobre ellos". Si bien es cierto que el envejecer implica un deterioro biológico, son las condiciones sociales de carencia de servicios y las ideas contenidas en el modelo médico tradicional las que restan oportunidades para que el "viejo" se mantenga activo y autovalente. La carencia de una definición sociocultural del conjunto de actividades que serían específicas de los ancianos les hace sentirse inútiles y sin reconocimiento social. La falta de tareas específicas conlleva la dificultad para saber en qué concentrar los esfuerzos y en qué volcarse de modo de actualizar las propias potencialidades. Cada individuo que envejece debe crearse un personaje e improvisar su actuación: la dificultad de esto implica que sólo algunos lo logran y otros deben resignarse al estrecho mundo de las cuatro paredes del hogar (Barros, 1994; Anzola *et al.*, 1994).

Chile se encuentra en un proceso de envejecimiento poblacional paulatino, lo que se traduce en que en el año 2000, el 10,2% del total de la población del país estaba compuesta por personas de 60 años y más de edad, esto es 1.521.557 personas, proyectándose a un 18,2% para el año 2025, con una población superior a los 3 millones y medio (CELADE, 2003).

De acuerdo a la cifras del Censo del 2002 el grupo de 60 y más años alcanzó al 11,4% del total del país, cerca de 1,7 millones de habitantes. Al año 2020, se estima que los adultos mayores serán cerca de 3 millones de personas.

Por otra parte, la expectativa promedio de vida de la población chilena se ha desplazado desde los 45 años en 1930 a los 76 años en el 2002, estimándose que el 2025 alcanzará a 80 años. Las cifras anteriores nos deben hacer tomar conciencia sobre la urgencia de elaborar programas, políticas y leyes que permitan enfrentar adecuadamente esta realidad. La población de adultos mayores se enfrenta a carencias físicas y económicas, a lo cual se agrega que una importante proporción de ellos viven solos, lo que hace cada vez más difícil su vida en condiciones adecuadas.

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) un país envejecido es aquel que tiene un porcentaje de población mayor de 60 años superior al 10 por ciento. Esta cifra nos ubica a la altura de los países desarrollados en cuanto a demografía, sin embargo, midiendo calidad de vida en ámbitos como condiciones de salud y aspectos provisionales, alcanzamos un nivel de país subdesarrollado.(1)

Las estimaciones muestran un aumento en el Índice de Vejez, dada la tendencia a la baja del índice de natalidad, proyectándose que en el 2010 existirán 50 adultos mayores por cada 100 menores de 15 años, es decir, en el 2015 Chile duplicará su actual número de personas mayores de 60 años.

Un envejecimiento exitoso y saludable tiene que ver con la funcionalidad biológica y social que permite la plena integración social y familiar de los que envejecen, lo que implicará superar las barreras sociales y culturales que aún persisten e impiden a los adultos mayores desarrollar sus potencialidades. En las modificaciones que deban realizarse están involucrados el estado, las organizaciones sociales, la comunidad, la familia y cada uno de los individuos (Peláez, 2000; Domínguez, 1982).

El principal sistema social del anciano y el apoyo que recibe viene de su familia. Se trata de una unidad social sujeta a las presiones y condiciones de su entorno cultural, económico y político de un momento dado. La definición más aceptada del concepto de familia es la de varias personas relacionadas por los lazos de parentesco, sanguíneos, de matrimonio o por adopción. Tales personas pueden compartir un mismo techo o habitar en viviendas separadas. La familia del anciano brinda apoyo social, funcional, económico o material, afectivo y asistencia en diversas formas.

Aun cuando la gran mayoría de las personas adultas mayores son relativamente independientes y físicamente aptas y funcionales, el grupo de los mayores de 80 son más dependientes, más aún si su nivel socioeconómico y estado de salud son limitados (Sánchez, 1994). La O.M.S. ha definido la salud del anciano por su capacidad para funcionar, y no por las limitaciones, discapacidad o enfermedad que presente.

Así, la calidad de vida de las personas mayores está estrechamente relacionada con la capacidad funcional y el conjunto de condiciones que le permiten mantener su participación en su propio autocuidado y en la vida familiar y social (CELADE, 2003; Fernández-Ballesteros *et al.*, 1996).

La posibilidad de controlar una enfermedad está condicionada por la aptitud social para integrar a la persona enferma a un sistema de vida que le ayude a resolver sus problemas ambientales y particularmente la aptitud para desenvolverse en la actualidad. De igual forma, la capacidad social para integrarse varía según el individuo que envejece. (O.P.S./OMS, 1985)

Las relaciones de un individuo en sociedad podrían presentarse mediante círculos concéntricos, en cuyo centro se encuentra la persona que entra en el fenómeno simbiótico de ir viviendo, relacionándose y aprendiendo en cada uno de ellos, desde el más pequeño y cercano al más amplio y lejano. En estos círculos están representados la familia, la escuela, amigos, sus primeros mundos de relaciones y de interrelaciones. Según se vaya desarrollando el individuo entra en contacto con otras esferas más alejadas y/o amplias donde se representa el mundo del trabajo, la cultura, el ocio, etc. Estos entornos es lo que denominamos REDES SOCIALES DE APOYO.

Apoyar a otros es preocuparse porque no fallen, es darles valor y confianza, es asistirlos para que enfrenten mejor su situación. Shumker y Brownel (1984) definen apoyo social como un intercambio de recursos entre al menos dos individuos percibidos como el proveedor y el receptor. McDowell y Newell (1996) dicen que usualmente se lo define en términos de la disponibilidad de personas en quien el sujeto pueda confiar o en quien pueda descansar y que lo hagan sentirse cuidado y valorado como persona.

A lo largo de la vida del individuo surgen diferentes crisis o problemas a los cuales tiene que dar una respuesta. Sus relaciones humanas y/o sociales suponen, la mayoría de las veces, un apoyo y refuerzo para encontrar soluciones a estas situaciones. Las redes sociales se desarrollan en dos entornos:

- Entorno más cercano: Familia / Escuela / Amigos.
- Ámbito menos inmediato que comprende los factores socio-económicos / culturales / Laborales, etc.

Analizando en profundidad éste, veremos que en la medida en que es fuerte y con la posibilidad de recibir apoyos adecuados, se amplía. El individuo interactúa con los miembros de su entorno, de forma dinámica y constante adaptándose a lo largo de su vida, conjunta y lentamente a los cambios que permanentemente se van originando, estableciendo sus propios modelos y recursos de adaptación.

Una situación inesperada y traumática como es un diagnóstico de enfermedad con varios riesgos, introduce factores insospechados que distinguiremos por su calidad. En cuanto a la cantidad, se ponen en marcha un número grande de elementos no habituales:

- Se rompe la rutina de los miembros de la familia; se hace necesario una adaptación a los tiempos.
- Varía el número de miembros presentes en el entorno:
 - Hijos que tienen menor atención.
 - Familiares que se incorporan.
 - Ruptura de las relaciones habituales con otros iguales (compañeros de trabajo)
 - Inicio de relaciones con otros individuos extraños hasta la fecha (equipo de salud, otros enfermos, familiares de enfermos)
- Disminución de la vida del afectado y familiares.
En lo referente a la calidad; el individuo sufre una serie de estados de ánimo que obligan a adaptarse a los miembros del entorno, también repercute en la dinámica de relaciones con el enfermo.
- Se producen situaciones de falta de privacidad.
- Alejamiento y/o ruptura de relaciones hasta entonces muy presentes.
- Afloramiento u ocultación de problemas pre existentes.
- Diferentes niveles de implicancia emocional de los miembros de la familia.

En la medida en que la situación conflicto se alargue en el tiempo, más se reducirá el entorno cercano, permaneciendo básicamente la familia, y de éstos, los más cercanos.

La valoración de otros factores del entorno del paciente contribuye con elementos que influyen directamente en la situación del problema; sea cual sea el miembro de una familia afectado, la situación socioeconómica se resiente, provocando estados de ansiedad, miedo al mañana, etc. ya sea por una disminución de los mismos, o por el aumento de los gastos o ambos.

Los individuos, superada su enfermedad, precisan volver a integrarse a ese mundo de relaciones, puesto que esta vía es el medio para normalizar su salud física, psíquica y social. La recuperación de esta red de apoyo no solamente favorece la rehabilitación del enfermo, sino la de su familia y amigos (ALCLES Asociación de Lucha Contra la Leucemia y Enfermedades de la Sangre).

Existe en la literatura el modelo de la red social creado por Carlos Sluzki (1996), donde “define la Red Social personal como la suma de todas las relaciones que un individuo percibe como significativas o como diferencias de las masas anónimas de la sociedad. Esta red corresponde al nicho interpersonal de la persona y contribuye substancialmente a su propio reconocimiento como individuo y a su imagen de sí”.

Según Carlos Sluzki, la red social personal incluye a todos los individuos con los que interactúa una personalidad sistematizado en cuadrantes que son:

- Familia.
- Amistades.
- Relaciones laborales y escolares.
- Relaciones comunitarias o de servicios (Ej. Servicios de salud) o credo.

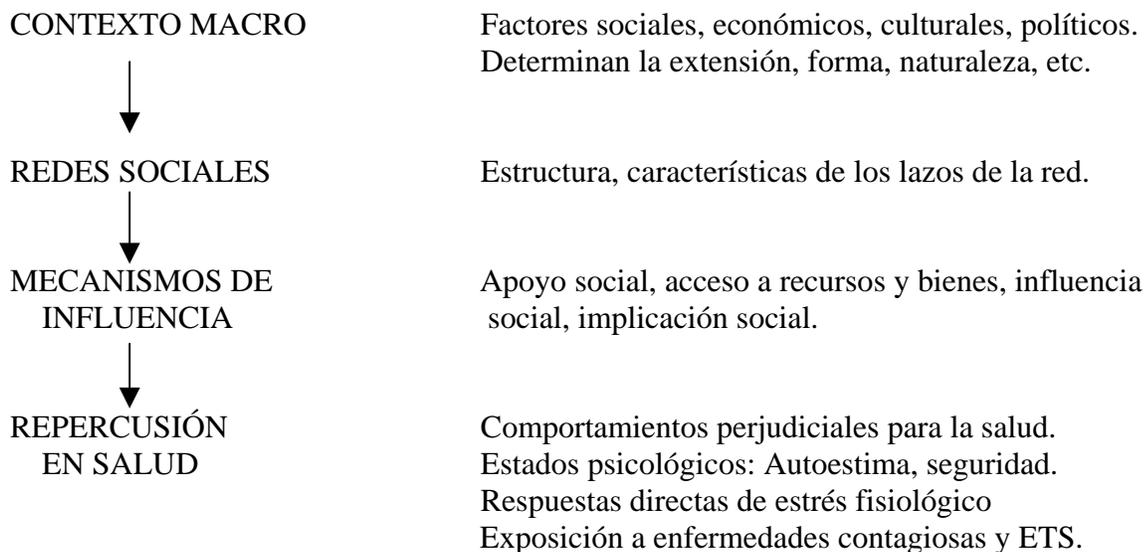
Sobre estos cuatro cuadrantes se inscriben áreas:

1. Un círculo interior de relaciones íntimas:
 - Relaciones sociales o profesionales con contactos personales sin intimidad.
 - Amistades sociales
 - Familiares intermedios.
2. Un círculo externo de conocidos y relaciones ocasionales.
 - Conocidos de la escuela o del trabajo.
 - Buenos vecinos.
 - Familiares lejanos.

A su vez este autor define las Funciones de la red, como el tipo de intercambio interpersonal entre los miembros de la red que determinan las funciones de la red los conceptos que este involucran son:

- Compañía social: realizar actividades conjuntas, compartir una rutina cotidiana
- Apoyo emocional: intercambios que connotan una actitud emocional positiva, clima de comprensión, simpatía, estímulo, apoyo (relaciones cercanas).
- Guía cognitiva y consejos: interacciones destinadas a compartir información personal o social, aclarar expectativas y proveer modelos de rol.
- Regulación (control) social: interacciones que recuerdan y reafirman responsabilidades y roles, neutralizan las desviaciones de comportamientos que apartan de las expectativas colectivas.
- Ayuda materiales y servicios: colaboración específica sobre la base de conocimiento experto o ayuda física incluyendo los servicios de salud.
- Acceso a nuevos contactos: es decir, la apertura de puertas para la conexión con personas y redes que hasta entonces no eran parte de la red social.”. (modelo de la red social creado por Carlos Sluzki)

Existe un modelo conceptual que asocia la red social y la salud:



De acuerdo a los criterios elaborados por Bradford-Hill se sabe que hay asociación entre la red social de una persona y su salud, pero ésto no implica que exista relación causal entre ellas. Para demostrar causalidad se usan clásicamente los criterios de Bradford-Hill y son estas ocho condiciones las que se verán a continuación:

- Temporalidad: una red social pobre precede a problemas psicológicos y a un aumento en la mortalidad.
- Fuerza: la red social explica 1 – 7% de la variación del estado psicológico. El riesgo relativo de mortalidad por pobre red social es de 1,5 – 3,5%.
- Consistencia: esta influye en todos los grupos de población, sin importar el sexo, la edad, raza, etnia y nivel basal de salud.
- Gradiente biológica: a medida que mejora la calidad y el número de contactos de la persona disminuyen los problemas de salud y la mortalidad.
- Plausibilidad biológica: se han propuesto mecanismos neuroendocrinos para explicar las actuaciones beneficiosas de la red social sobre la salud. Estos podrían actuar tanto directamente mediante la producción de betaendorfinas como indirectamente disminuyendo el estrés.
- Coherencia: el modelo red social-salud es congruente con la evidencia biológica disponible.
- Demostración: hay estudios experimentales que van a favor de la relación causal y que serán expuestos posteriormente.
- Especificación: la red social influye en muchos aspectos tanto físico como psicológicos, pero en ninguno concreto (su afecto no es específico sobre un órgano o sistema), así que podríamos decir que es el único criterio que no se cumple”. (Bradford-Hill)(21)

Como se ha mencionado la familia es la principal red social de las personas es así como lo define Riquelme; “En la salud de las personas el grupo social que más influye es la familia, es una de las instituciones sociales más antigua y más fuerte. Sus miembros tienen una historia común, comparten rasgos genéticos, entorno, costumbres, creencias, actitudes generales y estilos de vida y “es una parte importante de la atención total que necesita el enfermo, son al mismo tiempo cuidadores y receptores de los cuidados, colaboradores y beneficiarios” (Riquelme, 2000).

Es importante señalar el concepto de estructura familiar, que se refiere a un conjunto de elementos relacionados entre sí. Incluye como elementos a personas ocupando posiciones y desempeñando roles de acuerdo a su edad, sexo y a los factores culturales del medio social. Estas pueden variar en diferentes zonas geográficas, estratos sociales, y áreas de residencias urbanas o rurales, variables que se asocian a patrones culturales que condicionan la estructura y por lo tanto, el cumplimiento de sus funciones. Varía según la etapa del ciclo vital.

Las familias pasan por diferentes momentos desde su formación hasta su disolución. Cada uno de estos momentos significa cambios de estructura por incorporación o partida de miembros, por la aparición y redefinición de roles, por cambios en el ciclo vital individual de cada uno de sus integrantes, lo que implica también cambios en las funciones familiares.

“Al considerar la familia como un sistema, se constatará que funciona como una unidad, ya que a través de las interacciones que se generan entre sus miembros y la dependencia mutua que existe entre ellos, los factores que influyen en uno de sus miembros afectan a todos los demás en mayor o menor grado.” (8)

Las transformaciones que sufre la vida moderna sin duda producen cambios en los requerimientos de salud, a su vez se ve influida la demanda de una mayor y mejor cobertura de estos mismos. La enfermedad, la discapacidad logran alterar ese equilibrio del grupo familiar lo que conlleva a que se afecte la salud física y un agotamiento mental de sus miembros.

En el estudio realizado sobre una cohorte de personas mayores de 65 años de Leganés por el equipo del Dr. Otero, se intenta relacionar la red social con el deterioro cognitivo medido mediante instrumentos validados para bajo nivel educacional (Pfeiffer, Barcelona Test y EPESE). El nivel de red social se cuantificó a través de la valoración de los lazos sociales (tener amigos, contactos visuales y telefónicos con familiares), índice de integración social (pertenecer a alguna asociación, asistir a los servicios religiosos, visitar el parque y acudir a los centros para la tercera edad) e implicación social (con familiares, amigos e hijos). Lo que concluyó:

- Se ha demostrado que una pobre red social condiciona mayor mortalidad.
- Tanto en los estudios que analizan salud mental como física se ha demostrado que es más importante la calidad de los lazos sociales que la cantidad. Para futuros estudios parece más interesante el uso de variables cualitativas que cuantitativas.
- La red social ejerce un efecto global sobre la respuesta del individuo ante las agresiones externas.
- En los ancianos se observa un menor deterioro cognitivo entre los que disfrutaban de una mejor red social. (21)

Con el objetivo de hacer este estudio un aporte a la Enfermería, es necesario identificar un Modelo de Enfermería que lo haga sustentable. Para este estudio se utiliza el Modelo Sistémico de Betty Neuman, (1.972) éste tiene variadas influencias teóricas entre ellas está la teoría general de sistemas, la que establece que todos los elementos se encuentran en interacción formando una compleja organización. Además se basa en consideraciones filosóficas, la teoría de Gestalt, la teoría del estrés de Hans Selye y la teoría general de sistemas.

Este modelo, es un método de sistemas abiertos y dinámicos para el cuidado de estos pacientes, por que permite entender su interacción con el entorno como sistema, ya que al que estamos tratando puede ser una persona, una familia, un grupo, una comunidad. Además de considerar a este individuo con todas sus variables, tanto fisiológico, psicológico, evolutivo, sociocultural y espiritual, que lo pueden afectar.

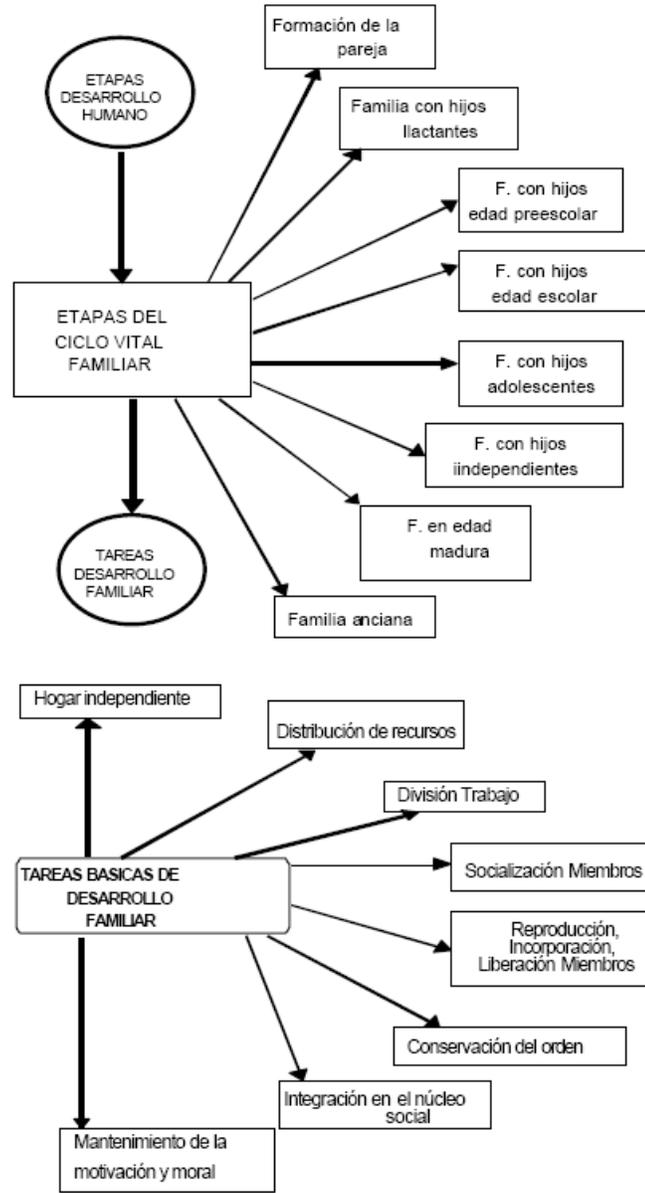
Como se está estudiando las redes de apoyo que tienen estos pacientes es necesario basarse en un modelo que permita hacer de la Enfermería una ciencia comprobable y este modelo contempla que Enfermería se debe aplicar a la persona en su totalidad, no sólo basarse y preocuparse de una patología específica que está afectando a la persona sino que manejar todas las variables que afectan las respuestas de ésta, considerando además que éste experimenta cambios constantes y constituye un sistema abierto en interacción recíproca con su entorno.

El entorno Neuman lo define como “el conjunto de todos los factores internos y externos que rodean o interactúan con el hombre/paciente, asociado a éste se encuentra los factores estresante (intrapersonales, interpersonales, extrapersonales) que son las fuerzas del entorno que interaccionan con el sistema y pueden alterar su estabilidad”.

Lo anteriormente señalado explica en forma teórica lo que los pacientes operados de cadera experimentan en el momento de su hospitalización, tratamiento y rehabilitación, porque éstos como un sistema interactúan con todo su entorno en forma recíproca y uno de los más importantes en todo éste proceso son las redes sociales, las que tienen la tarea de soporte en todos los ámbitos de la vida diaria y que constituyen los agentes informales de salud. Por lo cual es de suma importancia integrar a esta red social más próxima al paciente para obtener mejores resultados en todo el proceso de salud/enfermedad. (Marriner – Tomey, A. 1994)

Para conocer las necesidades que muestran la familia y así alinear los cuidados a ésta, es necesario distinguir las etapas del Ciclo Vital Familiar (CVF), además de las tareas que se desarrolla en cada una de estas. Desde la formación de la pareja, donde se inicia la familia, hasta el ocaso de la unidad familiar, transcurren una cadena de etapas en su desarrollo, que denominaremos CVF, pudiendo estar presentes varias etapas al mismo tiempo. Cada etapa del CVF se relaciona con una serie de **Tareas Básicas de Desarrollo Familiar**, las que se entienden como las actividades y/o tareas que los miembros de la familia tienen que llevar a cabo de acuerdo con la/s etapas del CV en la que se encuentren y del rol que desempeñen en el núcleo familiar, para así cubrir las funciones que socialmente se le tiene asignado, como son psicobiológicas, socioculturales, educativas y económicas.

En ambos casos tomaremos como referencia las descritas por Duvall:



(Duvall, 1986)

Las enfermedades crónicas o accidentes que afectan algún miembro de la familia, repercuten en las relaciones entre éstos, y el que uno de sus miembros, para efectos de esta investigación, personas mayores de 60 años y que sea operado de prótesis de cadera, se verá por un tiempo con una discapacidad o dependencia en algunos quehaceres tan cotidianos como bañarse, colocarse la ropa, abrocharse los zapatos, etc. Y si esta familia no tiene fuertes lazos de apoyo se verá afectada, ya sea si la familia que se constituye como su red social inmediata, trabaja o está al cuidado de nuevos integrantes que también demanda tiempo de atención.

Para evaluar el funcionamiento familiar se aplicó el APGAR FAMILIAR, evalúa las diferentes dimensiones en que los autores dividen el funcionamiento familiar (modificado *Smilkstein y cols*):

- Adaptabilidad: Capacidad de utilizar recursos intra y extra familiares para resolver problemas.
- Cooperación o participación: Implicación en la toma de decisiones y responsabilidades para el mantenimiento familiar.
- Desarrollo: Maduración física y emocional y autorrealización por el apoyo y asesoramiento.
- Afectividad: Relación de cariño y amor.
- Capacidad resolutoria: Compromiso de dedicar tiempo a las necesidades físicas y emocionales.

Para valoración de los sistemas de apoyo existen una serie de instrumentos entre los que está el Cuestionario de MOS (de apoyo social), que es autoadministrado y recoge información multidimensional: Apoyo emocional/informacional, instrumental, afectivo en interacción social positiva, las cuales se miden sobre una escala, de 1 a 5, excepto el primer ítem, el cual informa del tamaño de la red social. (Anexo 2)

Cada ítem corresponde a una dimensión de las estudiadas por el cuestionario, en el número de ítem está una letra correspondiendo a:

(E) Apoyo emocional/informacional,
(I) Instrumental,
(A) Afectivo e (IS) interacción social positiva

- El índice global de apoyo social es la sumatoria de las puntuaciones de los 19 ítem (del 2 al 20)
- Apoyo escaso menos de 57 de la puntuación correspondiente al índice global.
- Falta de apoyo 4 dimensiones cuando:
 - Emocional: < 24 Int.
 - Social positivo: < 9
 - Instrumental: < 12
 - Afectivo: < 9

Grado de apoyo emocional/ informacional: asistencia, ayuda, sobrecogimiento de una persona con en fin de instruir, enseñar, dar a conocer.

Grado de apoyo Instrumental o material: asistencia en tareas o labores diarias que debe realizar un individuo, es un apoyo concreto tangible.

Grado de Apoyo Afectivo: ayuda relativa a la sensibilidad, al cariño, la amistad, ayuda referente a afecto, tanto expresivo como sentido.

Grado de apoyo de Interacción Social positiva, ocio/distracción: ayuda que recibe u individuo para distraerse compartir, ésta puede ser de ayuda reciproca

Cumming y col en 1995, realizó un estudio multivariante prospectivo donde identifica una serie de factores que clásicamente se asociaban a la predisposición a la fractura de cadera (Tabla 1) y que actualmente están cambiando, sobre todo porque la densidad ósea y la masa ósea ya no se consideran asociadas. (*Morbilidad y Mortalidad en pacientes con Fractura de Cadera. Estudio Prospectivo Josefa Sotorres Sentandreu, Valencia, septiembre del 2004*). (20)

Tabla 1. Factores clásicamente asociados a la predisposición a la fractura de cadera.

• El bajo peso corporal que está en relación con la baja masa ósea.
• Fractura distal de radio precoz al tiempo de la menopausia.
• Fractura vertebral o fractura de cadera trocantérica antes de los 70 años.
• Historia maternal de fractura de cadera, lo que dobla el riesgo (RR2.0), que ajustado a densidad ósea resulta significativo.
• Historia de hipertiroidismo previo.
• Fracturas previas de cualquier tipo después de los 50 años.
• Talla alta.
• Estimar su propia salud como regular o mala.
• Haber estado en tratamiento con benzodiazepinas o anticonvulsivantes durante un largo periodo de tiempo.
• Ingesta excesiva de cafeína.
• Pasar cuatro horas o menos al día caminando.
• Incapacidad de levantarse de la silla sin utilizar los brazos para ayudarse.
• Baja propiocepción.
• Baja sensibilidad discriminativa.
• Taquicardia en reposo.
• Baja densidad ósea en calcáneo como factor de riesgo independiente.

Este estudio también demuestra que la mayoría de las caídas ocurren dentro de casa levantándose de una silla o caminando sobre terreno plano. Otros elementos domésticos como las alfombras, los umbrales de las puertas, etc., son difíciles de relacionarlos con las fracturas. (20)

Los factores que se encontraron asociados con fracturas de caderas por caída se incluyen en la siguiente tabla:

Tabla 2. Factores relacionados con la caída que favorecen la fractura de cadera. (20)

• Deterioro mental.
• Caída estando de pie en sujeto alto o desde altura.
• Vértigo o inestabilidad.
• Fallo del uso del brazo para amortiguar la caída.
• Caída hacia un lado.
• Impacto sobre la zona de la cadera.
• Estar caminando en el momento de la caída.
• No se ha demostrado relación significativa con el hecho de llevar un apoyo o pertenecer al genero femenino

No se debe olvidar que los pacientes con fractura de cadera suelen tener asociadas otras enfermedades y utilizan con más frecuencia ayuda para caminar antes de la fractura.

En este estudio se señala que “estos pacientes requirieron atención terapéutica hospitalaria durante el año previo a la caída, pudiéndose concluir que tenían miedo a caer y menos habilidad para las actividades cotidianas, así como menos capacidad para caminar tanto dentro como fuera de casa respecto al grupo control. Por el contrario no se encontraron diferencias significativas respecto del estilo de vida (fumar, ingerir alcohol, vivir solo, tomar medicación) o a la existencia de déficit de visión o de audición. Lo que si se ha comprobado es que los pacientes con estas lesiones tenían dificultad para levantarse inmediatamente tras haber sufrido caídas con anterioridad”. (*Morbilidad y Mortalidad en pacientes con Fractura de Cadera. Estudio Prospectivo Josefa Sotorres Sentandreu, Valencia, septiembre del 2004*). (20)

La Fractura de Cadera es más frecuente en la vejez y principalmente en la mujer debido principalmente a los cambios hormonales que se sufre en esta época de la vida, la Osteoporosis es una de las principales causas, y se caracteriza por la reducción de la masa ósea total y un cambio en la estructura ósea, lo que incrementa la susceptibilidad a fracturas. El recambio homeostático normal de hueso cambia; la tasa de resorción ósea es mayor que la de formación de hueso, lo que resulta en reducción de la masa ósea total. Con la Osteoporosis, los huesos se vuelven cada vez más porosos, quebradizos y frágiles, de modo que se fracturan con esfuerzos que normalmente no causarían su rotura. (A. SALGADO 1996)

La remodelación ósea normal en adultos origina aumento de la masa ósea hasta los 35 años. La genética, envejecimiento, nutrición, elecciones de estilo de vida como lo son fumar, consumo de cafeína y alcohol. La actividad física influye sobre el máximo de masa ósea y el desarrollo de osteoporosis. (BRUNNER 2002)

La pérdida de masa ósea es un fenómeno universal que guarda relación con el envejecimiento. La pérdida relacionada con la edad comienza poco tiempo después de que alcanza la masa ósea máxima. Con la edad se reduce el estrógeno, que inhibe la degradación del hueso. Por otra parte, la hormona Paratiroidea se incrementa con la edad y favorece la resorción del hueso. La consecuencia de estos cambios es que con el tiempo se pierde masa ósea neta. (BRUNNER 2002)

La reducción de los estrógenos durante la menopausia provoca resorción ósea acelerada que continúa durante la postmenopausia. Los factores nutricionales propician la osteoporosis. La vitamina D es necesaria para la absorción del calcio y para la mineralización ósea normal. El consumo de calcio y vitamina D debe ser adecuado para conservar la remodelación ósea y funciones corporales. La mejor fuente de calcio y vitamina D es la leche fortificada. (BRUNNER 2002)

Como se detallaba anteriormente entre las causas de fractura de cadera se encuentran las caídas; éstas son frecuentes en los adultos mayores, alrededor de la tercera parte de las personas de 65 años o más, sufren una caída cada año, alrededor de uno de cada 40 ingresará a un hospital. Sólo aproximadamente la mitad de los pacientes geriátricos hospitalizados por una caída seguirán vivos un año después. Los accidentes son la quinta causa de muerte en personas mayores de 65 años de edad. (ROBERT L. KANE 2001).

Existen varios factores relacionados con la edad que contribuyen a la inestabilidad y a las caídas. La mayor parte de las caídas accidentales se originan por uno o varios de estos factores que interactúan con los riesgos ambientales.

Es probable que los cambios en el control de la postura y en la marcha desempeñen un papel importante en muchas caídas entre los Adultos Mayores. La edad avanzada se relaciona con disminución de estímulos propioceptivos, reflejos correctivos más lentos, menor fuerza en músculos importantes para el mantenimiento de la postura y aumento de oscilación de la postura. Todos estos cambios pueden contribuir a las caídas, sobre todo la capacidad para evitar una caída después de encontrarse con un riesgo ambiental o un tropiezo inesperado. Por lo general, los Adultos Mayores no levantan tanto los pies para caminar, lo que aumenta la probabilidad de tropezar. Los hombres de edad avanzada desarrollan una marcha de pasos cortos y base amplia, en tanto las mujeres son de base angosta y contoneada. (ROBERT. L. KANE 2001)

En tanto la Artrosis es una enfermedad articular caracterizada por una alteración inicial a nivel del condrocito, asociada a una reacción reparadora proliferativa del hueso subcondral y a un proceso inflamatorio ocasional de la membrana sinovial. Sin tratamiento oportuno, se transforma en un proceso crónico, pudiendo llegar a la destrucción de la articulación afectada.

Desde el punto de vista funcional, el dolor secundario a la artrosis de cadera genera dificultad en la marcha, trastorno del sueño, aislamiento, depresión y polifarmacia. Todo lo anterior puede conducir al paciente a la invalidez y discapacidad, con un impacto negativo en la calidad de vida del adulto mayor, de su entorno familiar y social.

Se presenta cuando hay una alteración de la forma de la articulación de la cadera, produciendo alteraciones mecánicas que lleva al desgaste prematuro del cartílago. Muy frecuente son las secuelas de displasia congénita de cadera, otras secuelas de alteraciones del desarrollo durante la infancia como ser la enfermedad de Perthes, artritis reumatoidea, pellizcamiento entre el fémur y el acetábulo, por nombrar las más frecuentes. También muchas veces la artrosis se presenta sin causa conocida, lo que se denomina *artrosis primaria de la cadera*.

Frente a un paciente con artrosis de cadera se debe estudiar el caso para determinar cual es la causa de esta afección y muy importante, definir el grado de avance de esta enfermedad. Si el paciente es joven, la artrosis inicial, y se determina que existe una alteración en la articulación dada por una displasia o por un pellizcamiento entre el fémur y la pelvis, es posible efectuar algún tipo de cirugía correctora que reoriente la superficie de la cavidad de la pelvis o corrija la deformidad del cuello o de la cabeza del fémur para evitar que se continúe produciendo el roce anormal o la hiperpresión entre las estructuras óseas. Pero si ya el grado de avance es mayor y se ha agregado rigidez dolorosa y el daño del cartílago es considerable, la única solución es un reemplazo articular debiendo efectuarse una prótesis de cadera. (14)

El reemplazo total o parcial de cadera o prótesis de cadera, es la cirugía que se utiliza como tratamiento de la Fractura de Cadera o la Artrosis y consiste en sustituir la articulación de la cadera por elementos artificiales. (16)

La articulación de la cadera, está formada por la cabeza del fémur, que es el hueso largo del muslo y el acetábulo que es una cavidad que se encuentra en la pelvis. Estos elementos son los que se sustituyen en los reemplazos totales de cadera. Existe otro tipo de cirugía conocida como reemplazo parcial de cadera o hemiartroplastia de cadera, en la cual lo único que se reemplaza es la cabeza del fémur. (16)

La cabeza del fémur, se reemplaza por un componente conocido como vástago femoral que tiene una parte que se introduce dentro del fémur y una parte articular que es la cabeza. Los vástagos femorales son metálicos, generalmente fabricados de aleaciones biocompatibles, es decir que no generan rechazo por parte del organismo en que son implantados. (16)

El acetábulo, se reemplaza con un elemento conocido como copa acetabular, que se ubica en la misma cavidad donde queda la cavidad original en la pelvis. Por lo general las copas acetabulares son fabricadas con un tipo de plástico especial llamado polietileno de ultra-alto peso molecular. (16)

Existen muchos tipos de prótesis de cadera, en general se pueden clasificar según la forma en que se fijan al hueso del paciente y según el material del que están hechos la cabeza del fémur y la copa acetabular. (16)

Según la forma en que se unen al hueso del paciente, se habla de prótesis cementadas y no cementadas. Las prótesis cementadas se unen al hueso del paciente por medio de un cemento acrílico, parecido al utilizado en odontología. Las prótesis no cementadas se fijan al hueso del paciente por contacto directo con el sitio donde se colocan ya sea el fémur o el acetábulo y su estabilidad depende del crecimiento del hueso del paciente en su superficie. (16)

Según el tipo de material del que estén hechos la cabeza del vástago femoral y la copa acetabular, estas pueden ser prótesis metal-metal, si la cabeza y el acetábulo son metálicos, polietileno-cerámica, si el acetábulo es de polietileno y la cabeza es de cerámica, cerámica-cerámica, si ambos componentes son de cerámica. (16)

La decisión de que tipo de prótesis utilizar debe ser tomada según las características de cada paciente por el ortopedista especialista en reemplazos articulares. Cuando un paciente requiere de un reemplazo total de cadera también requiere de variadas pruebas ya sean exámenes de laboratorio, para determinar sus niveles de glóbulos rojos, glóbulos blancos, grupo sanguíneo, factor Rh, pruebas de coagulación, entre otras, radiografías, además se requiere de transfusiones de sangre por lo que necesita de donantes de sangre, por este tipo de intervención se requieren de dos como mínimo. En cuanto al proceso posquirúrgico, la mayoría de los pacientes sienten dolor después de la cirugía mientras los tejidos cicatrizan, pero es un dolor controlable y que va cediendo con el tiempo. Típicamente, al tercer día es muy tolerable.

Los días de hospitalización para esta intervención quirúrgica son alrededor de 5 días. El día siguiente de la cirugía se realiza la primera levantada de la cama y apoya la nueva cadera. Durante su estancia, tendrá evaluaciones de un Kinesiólogo o fisioterapeuta, quien ayudará a hacer ejercicios de la cadera y enseñará como hacer las actividades diarias, como por ejemplo, colocarse los zapatos o como subir escaleras. (16)

Durante los primeros 30 días después de salir de la hospitalización se deben utilizar medias antiembólicas, especiales para evitar la formación de trombos (coágulos) en las venas de las piernas, dormir boca arriba y aplicarse la medicación que le indiquen para evitar problemas de coagulación y formación de trombos en las venas de las piernas y del pulmón. Además el paciente debe seguir las recomendaciones del equipo que lo está tratando, para evitar la luxación (que la articulación artificial se salga de su puesto). Estas deben ser seguidas toda la vida y son: No unir las rodillas, no flexionar la cadera más de 90 grados y no rotar internamente el pie del lado operado. (16)

La nueva articulación tiene un rango de movimiento limitado, por lo que es necesario tomar precauciones especiales para evitar su desplazamiento. Estas precauciones son:

- Evitar cruzar las piernas o los tobillos aún cuando se está sentado, parado o acostado.
- Mantener los pies separados aproximadamente 15 cm (6 pulgadas) mientras se permanece sentado.
- Mantener las rodillas por debajo del nivel de las caderas mientras se permanece sentado, evitar las sillas muy bajas o sentarse en un cojín con el fin de conservar las caderas a una altura superior a la de las rodillas.
- Deslizarse hacia el borde de la silla para ponerse en pie y usar luego el caminador o las muletas para apoyarse.
- Evitar inclinarse sobre la cintura, para lo cual se puede recomendar un calzador largo o una ayuda para colocarse las medias y los zapatos sin necesidad de inclinarse. También se puede utilizar un dispositivo de extensión para alcanzar o recoger objetos que están demasiado bajos.

- Colocar un cojín entre las piernas para mantener la articulación en la alineación apropiada cuando se está acostado.
- Se puede usar un cojín o férula abductora especial para mantener la articulación en la alineación correcta.
- Puede ser necesario utilizar una taza de inodoro elevada para mantener las rodillas en una posición más baja que la cadera cuando se está sentado en el baño. (19)

Día a día los pacientes van retomando sus actividades diarias y típicamente a las 6 semanas de operados pueden volver a realizar la mayoría de ellas. Más o menos a los 3 meses ya realizan todas sus actividades habituales. Los reemplazos de cadera requieren de una consulta a los 15 días de la cirugía, a las 6 semanas y a los 3 meses. Después es necesario un control cada año con radiografías, por el tiempo que dure la articulación artificial. La duración de la Prótesis de Cadera depende de varios factores, dentro de los cuales el más importante es el grado de actividad física que tenga el paciente. A mayor actividad, menor tiempo de duración. Con la actividad promedio, usualmente los reemplazos de cadera duran 15 años, aunque un porcentaje importante, aproximadamente el 70% pueden llegar a durar 20 o más años. (16)

Dentro de los riesgos a los que están expuestos los pacientes operados de Prótesis de Cadera son principalmente la luxación, infección, aflojamiento de los componentes, coágulos en las venas de las piernas y de los pulmones y las complicaciones anestésicas. Estas complicaciones son conocidas por los especialistas que realizan este tipo de cirugías, y tratan de evitarlas usando todas las medidas pertinentes para ello. Aún así se pueden presentar. (16)

En relación a las estadísticas que se sitúan en el lugar de desarrollo de ésta investigación es importante mencionar que durante el año 2005 se operaron 71 pacientes de prótesis de caderas entre estas 47 (66%) a Prótesis Total de Cadera (PTC) y 24 (33%) correspondían a Prótesis Parcial de Cadera (PPC).

Dentro de las características sociodemográficas de los pacientes hospitalizados en el Servicio de Ortopedia y Traumatología del Hospital Regional Valdivia se pueden citar que del total de PTC el 61% correspondían mujeres mientras que el 38% correspondía a hombres, de acuerdo a su sistema de previsión; el 51% era Fonasa B, el 45% era Fonasa A, en relación a lugar de procedencia el 65% era de Valdivia.

Dentro de las PPC el 63% correspondía a mujeres y el 37% correspondía a hombres, de acuerdo a su sistema de previsión 41% correspondía a Fonasa B y un 25% correspondía a Fonasa A, además cabe destacar que un 20% no tenía previsión, en relación a su lugar de procedencia 62% era de Valdivia. (Fuente: Unidad de Estadística y Computación Hospital Base Valdivia año 2005)

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar la Funcionalidad Familiar y Grado de Apoyo de los pacientes mayores o igual a 60 años candidatos a una Prótesis Parcial de Cadera (PPC) o una Prótesis Total de Cadera (PTC),.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

1. Identificar la distribución de la población en estudio según:
 - Edad
 - Sexo
 - Escolaridad
 - Procedencia
2. Identificar tipo de familia, componente principal, tamaño de la red social de familiares y amigos, de la población en estudio
3. Identificar tipo de redes sociales, primarias y secundarias de población en estudio
4. Determinar funcionalidad familiar de población en estudio.
5. Relacionar funcionalidad familiar Alta con tipo de familia y edad, en población en estudio
6. Determinar Apoyo Global de la red social, en población en estudio
7. Determinar Apoyo Global de la red social, en población en estudio, según sexo.
8. Identificar Apoyo Global de la red social y Escolaridad en población en estudio
9. Relacionar Apoyo Global de la red social y Procedencia en población en estudio
10. Determinar Apoyo Emocional/Infomacional de la red social, en la población en estudio.
11. Relacionar Apoyo Emocional/Infomacional de la red social y Sexo en la población en estudio.

12. Determinar Apoyo instrumental de la red social, en población en estudio.
13. Identificar Apoyo instrumental de la red social según Sexo en la población en estudio.
14. Determinar Apoyo Afectivo de la red social, en población de estudio.
15. Identificar Apoyo Afectivo de la red social y Sexo en población de estudio
16. Determinar Apoyo en Interacción Social Positiva de la red social, en población en estudio.
17. Identificar Apoyo en Interacción Social Positiva de la red social y Sexo en población en estudio.

MATERIAL Y MÉTODO

➤ Tipo De Estudio

- Descriptivo de corte transversal, no experimental, cuantitativo, observacional.
- **Descriptiva:** Que permite determinar la magnitud y características del problema.
- **Transversal:** Por pretender describir o analizar un fenómeno en un momento determinado de tiempo. Se hace un corte en tiempo esta variable no os interesa.
- **No experimental:** Considera la observación del hecho tal cual como ocurren en realidad sin influir sobre ellos.
- **Cuantitativa:** Con el objetivo de definir qué y cómo investigar, descomponiendo los fenómenos en variables o indicadores que se pueden medir y expresar numéricamente.
- **Observacional:** Fundado en la observación

➤ Población

- Este estudio se desarrolló en el Servicio de Ortopedia y Traumatología del Hospital Regional Valdivia en que incluye a 28 pacientes mayor o igual a 60 años candidatos a una Prótesis Parcial de Cadera (PPC) o una Prótesis Total de Cadera (PTC), durante los meses octubre y noviembre del 2006.

➤ Criterios De Inclusión:

- Personas de 60 años y más que estén insertos en una familia o grupo de red de apoyo que puedan contestar el instrumento.
- Pacientes candidatos a una Prótesis Parcial de Cadera (PPC) o una Prótesis Total de Cadera (PTC).
- Hospitalizados en el Servicio de Ortopedia y Traumatología del Hospital Regional Valdivia, durante los meses octubre y noviembre del 2006.

➤ **Criterios De Exclusión**

- Personas menores de 60 años.
- Pacientes sordomudos.
- Pacientes que por su condición física, patológica o mental no pueda responder el instrumento.
- Pacientes que no estén de acuerdo en contestar la encuesta.
- Pacientes institucionalizados.

➤ **Consentimiento Informado**

El consentimiento informado fue aplicado en el momento de la primera entrevista donde se explicó todo acerca del estudio y el paciente dio su consentimiento para participar firmando dicho documento.

➤ **Métodos e instrumentos de recolección de datos**

Para efectos de recolección de datos se diseñó una encuesta (Instrumento) aplicada por la investigadora, esta cuenta con tres ítems, el primero consta de antecedentes personales, de respuesta abierta El segundo ítems cuenta del cuestionario MOS que está compuesto por una escala de evaluación de la red social, que a su vez se subdivide en cuatro ítems, siendo los de apoyo emocional/informativo, instrumental, afectivo e interacción social positiva. Cada ítem corresponde a una dimensión de las estudiadas por el cuestionario, en el número de ítem hay una letra correspondiendo a:

(E) Apoyo emocional/informacional,
(I) Instrumental,
(A) afectivo e (IS) interacción social positiva

- El índice global de apoyo social es la sumatoria de las puntuaciones de los 19 ítem (del 2 al 20)
- Apoyo escaso menos de 57 de la puntuación correspondiente al índice global.
- Falta de apoyo 4 dimensiones cuando:
 - Emocional: < 24 (puntos).
 - Social positivo: < 9 (puntos)
 - Instrumental: < 12 (puntos)
 - Afectivo: < 9 (puntos)

Grado de apoyo emocional/ informacional: asistencia, ayuda, sobrecogimiento de una persona con en fin de instruir, enseñar, dar a conocer.

Grado de apoyo Instrumental o material: asistencia en tareas o labores diarias que debe realizar un individuo, es un apoyo concreto tangible.

Grado de Apoyo Afectivo: ayuda relativa a la sensibilidad, al cariño, la amistad, ayuda referente a afecto, tanto expresivo como sentido.

Grado de apoyo de Interacción Social positiva, ocio/distracción: ayuda que recibe u individuo para distraerse compartir, ésta puede ser de ayuda reciproca

El tercer y último ítem esta compuesto por el APGAR FAMILIAR.: que consiste en “un cuestionario autoadministrado, desarrollado por *Smilkstein* y *cols*, consta de cinco preguntas cerradas, las cuales se miden sobre una escala de 0 a 2, con un índice final de 0 a 10. Evalúa las diferentes dimensiones en que los autores dividen el funcionamiento familiar (modificado *Smilkstein* y *cols*): En la función del índice final se clasifica a las familias como Normofuncionales cuando presentan un índice final de 7 – 10, modera disfuncionalidad de 4 – 6 y gravemente disfuncionales de 0 – 3. Determina la percepción del sujeto. (Anexo 4)

Este instrumento fue aplicado al 5 ° o 6° día después de la intervención quirúrgica para poder obtener la colaboración necesaria del entrevistado (paciente)

➤ **Tiempo de ejecución**

El estudio se realizó en un período de 2 meses, durante los meses octubre y noviembre del año 2006.

- **Definición nominal y operacional de variables independientes**

VARIABLE	DEFINICION NOMINAL	DEF. OPERACIONAL
<ul style="list-style-type: none"> • Sexo 	Condición orgánica, en masculino o femenino.	1.- Masculino. 2.- Femenino.
<ul style="list-style-type: none"> • Edad 	Tiempo que ha vivido una persona.	1.- 60 – 65 años. 2.- 66 – 70 años. 3.- 71 – 75 años. 4.- 76 – 80 años. 5.- 81 – más años.
<ul style="list-style-type: none"> • Escolaridad 	Conjunto de cursos que realizó una persona.	1.- Enseñanza básica incompleta. 2.- Enseñanza básica completa. 3.- Enseñanza media incompleta. 4.- Enseñanza media completa. 5.- Estudios técnicos. 6.- Estudios universitarios. 7. Sin estudios.
<ul style="list-style-type: none"> • Procedencia 	Lugar físico donde vivía antes de la hospitalización	1.- Urbano. 2.- Rural.
<ul style="list-style-type: none"> • Tipo de Familia 	Definiciones operacionales que se utilizan en el área de la salud para conocer la estructura familiar.	1.- Nuclear: ambos padres solos o con sus hijos. 2.- Extendida: los dos padres, hijos y otra persona con relación de parentesco. 3.- Uniparental: padre y sus hijos. 4.- Unipersonal.

<ul style="list-style-type: none"> Componente principal de la Familia 	Integrante principal que compone la familia con quien vivía el paciente antes de la hospitalización.	<ol style="list-style-type: none"> Cónyuge. Hijos. Nietos. Hermanos. Primos. Sobrinos.
<ul style="list-style-type: none"> Tamaño de la red social (amigos): 	Cantidad en número de personas, amigos que componen la/s red/es de apoyo social.	<ol style="list-style-type: none"> 0 – 5 personas. 6 – 10 personas. 11 – 15 personas. más de 15 personas.
<ul style="list-style-type: none"> Tamaño de la red social (familiares): 	Cantidad en número de personas, familiares que componen la/s red/es de apoyo social.	<ol style="list-style-type: none"> 0 – 5 personas. 6 – 10 personas. 11 – 15 personas. más de 15 personas.

• **Definición nominal y operacional de variables dependientes.**

VARIABLE	DEFINICION NOMINAL	DEF. OPERACIONAL
<ul style="list-style-type: none"> Redes Sociales 	Proceso interactivo por el que un individuo obtiene apoyo emocional, instrumental, afectivo o de interacción social de su red social. Se subdivide en: redes primarias y secundarias.	<ul style="list-style-type: none"> Redes Primarias: <ol style="list-style-type: none"> Familiares. No familiares. Redes secundarias: <ol style="list-style-type: none"> Religiosas. De salud. Comercial. Otras.

Cuestionario Apoyo Social.

CLASIFICACIÓN APOYO SOCIAL	DEFINICION NOMINAL	DEF. OPERACIONAL
<ul style="list-style-type: none"> • Global 	Asistencia que engloba los grados definidos. Sumatoria de todos los grados.	<ul style="list-style-type: none"> ○ MAXIMO (58 – 94) ○ MEDIO (9 – 24) ○ MINIMO (0 – 19)
<ul style="list-style-type: none"> • Grado de Apoyo Emocional/Informativa 	Asistencia, ayuda, sobrecogimiento de una persona con en fin de instruir, enseñar, dar a conocer.	<ul style="list-style-type: none"> ○ MAXIMO (25 – 40) ○ MEDIO (9 – 24) ○ MINIMO (0 – 4)
<ul style="list-style-type: none"> • Grado de Apoyo Instrumental o material 	Asistencia en tareas o labores diarias que debe realizar un individuo, es un apoyo concreto tangible.	<ul style="list-style-type: none"> ○ MAXIMO (13 – 20) ○ MEDIO (5 – 12) ○ MINIMO (0 – 4)
<ul style="list-style-type: none"> • Grado de Apoyo Afectivo 	Ayuda relativa a la sensibilidad, al cariño, la amistad, ayuda referente a afecto, tanto expresivo como sentido.	<ul style="list-style-type: none"> ○ MAXIMO (13 – 20) ○ MEDIO (5 – 12) ○ MINIMO (0 – 4)
<ul style="list-style-type: none"> • Grado de Apoyo de Interacción Social Positiva 	Ayuda que recibe u individuo para distraerse compartir, ésta puede ser de ayuda reciproca	<ul style="list-style-type: none"> ○ MAXIMO (10 – 15) ○ MEDIO (4 – 9) ○ MINIMO (0 – 4)

Funcionalidad Familiar: Apgar Familiar

VARIABLE	DEFINICION	OPERACIONALIZACION
<ul style="list-style-type: none">• Apgar Familiar	Cuestionario que evalúa las diferentes dimensiones en que se dividen la percepción del funcionamiento familiar: <i>Adaptabilidad, Cooperación, Desarrollo, Afectividad y capacidad resolutoria</i>	<ol style="list-style-type: none">1. Alta Funcionalidad<ul style="list-style-type: none">• 7 – 102. Disfunción Moderada<ul style="list-style-type: none">• 4 – 63. Disfunción Severa<ul style="list-style-type: none">• 0 – 3

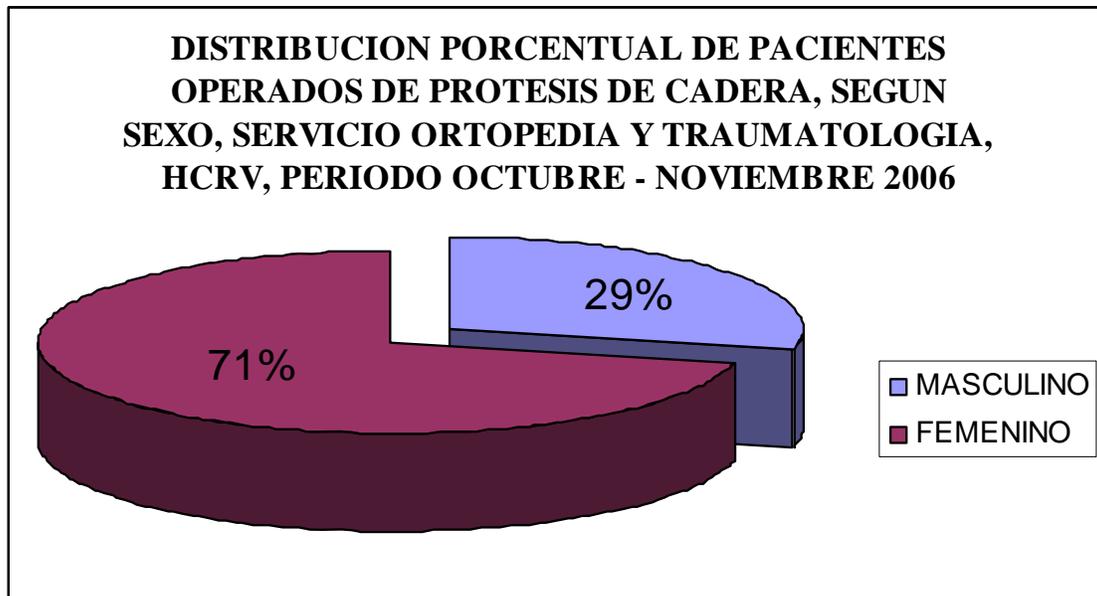
Metódica para el análisis de los resultados:

Para el análisis y presentación final de la totalidad de los datos se empleó el programa computacional Microsoft Excel año 2003.

RESULTADOS.

El proceso de recolección de datos se inició el día 06 de Octubre año 2006, finalizando el día 07 de Diciembre del mismo año. Se realizaron un total de 28 encuestas, de las cuales 20 correspondieron a pacientes de sexo femenino y 8 pacientes de sexo, todo esto en el Servicio de Ortopedia y Traumatología, Hospital Clínico Regional Valdivia ya que cumplían con los criterios de inclusión señalados anteriormente.. A continuación se dan a conocer los resultados obtenidos luego de aplicado el instrumento de recolección de datos, de acuerdo a los objetivos específicos planteados y señalados anteriormente.

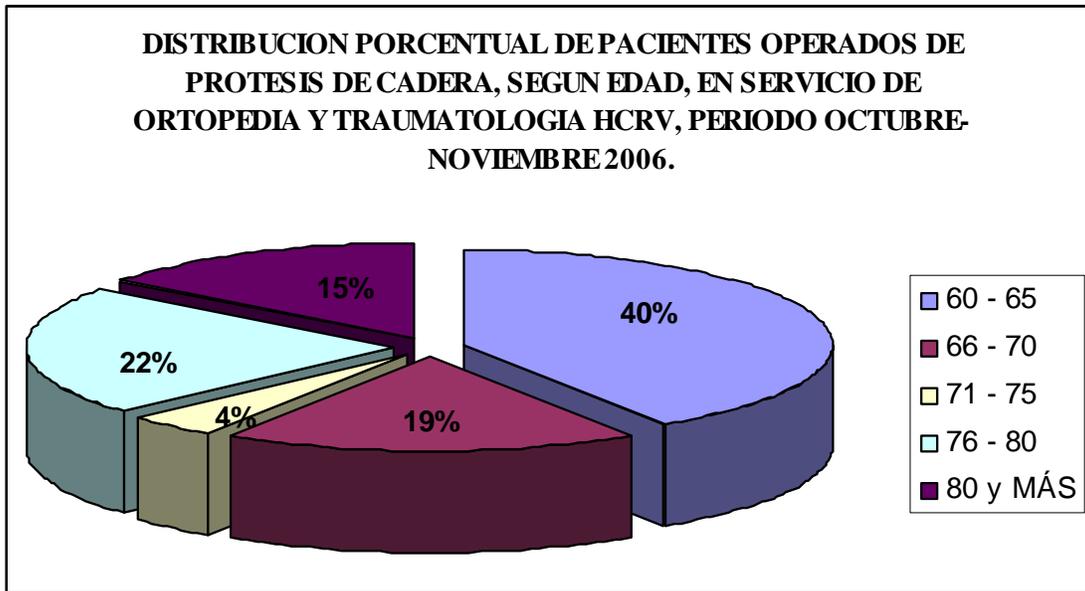
Gráfico N° 1



Fuente: Cuestionario tesis “Identificación Del Grado de Apoyo y Funcionalidad Familiar De Los Adultos Mayores, que Requieren Endoprótesis Total, y/o Parcial De Cadera Octubre - Noviembre 2006 Del Hospital Clínico Regional Valdivia Chile”.

De la población de pacientes operados de Prótesis de Cadera, durante el periodo de Octubre - Noviembre, el 71% (20 pacientes) corresponde al sexo femenino, en cuanto que sólo un 29% (8 pacientes) corresponde al sexo masculino.

Gráfico N° 2

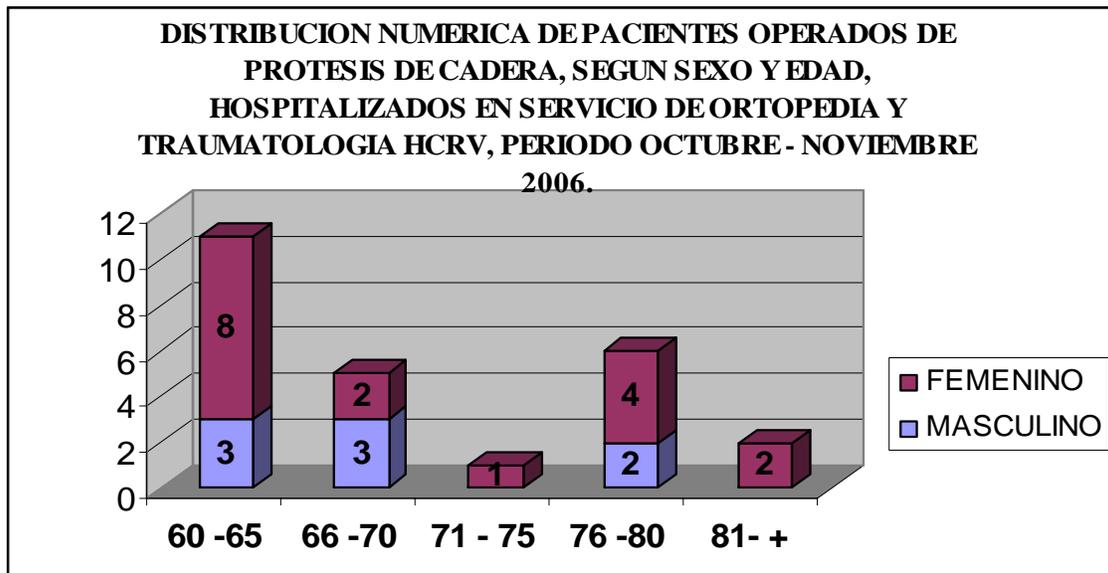


Fuente: Cuestionario tesis “Identificación Del Grado de Apoyo y Funcionalidad Familiar De Los Adultos Mayores, que Requieren Endoprótesis Total, y/o Parcial De Cadera Octubre - Noviembre 2006 Del Hospital Clínico Regional Valdivia Chile”.

De la población de pacientes operados de Prótesis de Cadera, durante el período de Octubre - Noviembre, el mayor porcentaje (39%) corresponde al intervalo de edad de 60 a 65 años, un 21% al intervalo de edad de 76 a 80, un 18% corresponde al intervalo de edad de 66 a 70 y al de 81 y más años. Respectivamente

Chile se encuentra en un proceso de envejecimiento poblacional paulatino, lo que se traduce en que en el año 2000, el 10,2% del total de la población del país estaba compuesta por personas de 60 años y más de edad, esto es 1.521.557 personas, proyectándose a un 18,2% para el año 2025, con una población superior a los 3 millones y medio (CELADE, 2003).

Gráfico N° 3

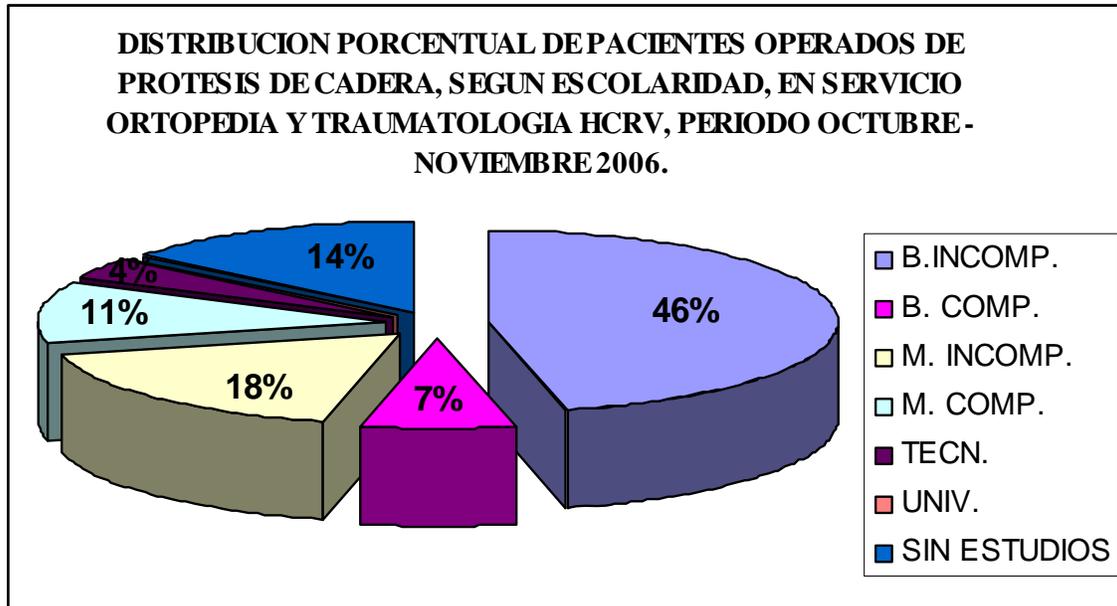


Fuente: Cuestionario tesis “Identificación Del Grado de Apoyo y Funcionalidad Familiar De Los Adultos Mayores, que Requieren Endoprótesis Total, y/o Parcial De Cadera Octubre - Noviembre 2006 Del Hospital Clínico Regional Valdivia Chile”.

De la población de pacientes operados de Prótesis de Cadera, 8 pacientes corresponden a sexo Femenino con una edad entre los 60 a 65 años, 4 y 5 pacientes corresponden a sexo femenino con una edad entre los 76 – 80 años y 81 y más, respectivamente

3 pacientes corresponden a sexo Masculino en intervalo de edad de 60 a 65 y 66 a 70 años.

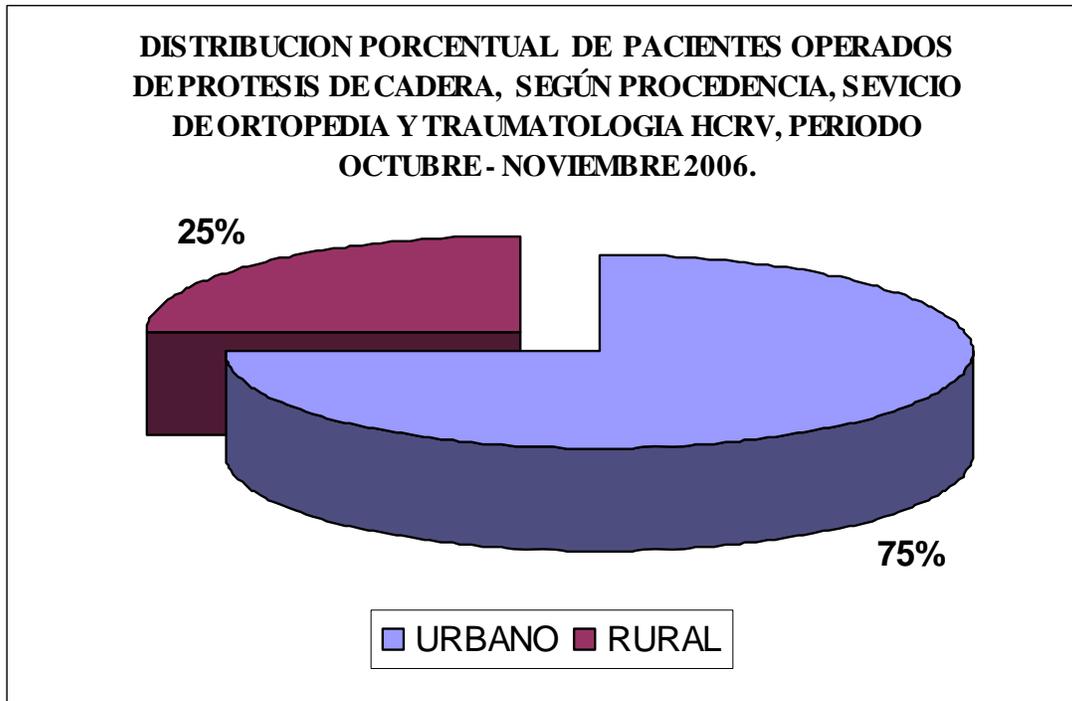
Gráfico N° 4



Fuente: Cuestionario tesis “Identificación Del Grado de Apoyo y Funcionalidad Familiar De Los Adultos Mayores, que Requieren Endoprótesis Total, y/o Parcial De Cadera Octubre - Noviembre 2006 Del Hospital Clínico Regional Valdivia Chile”.

De la población de pacientes operados de Prótesis de Cadera, el 46% corresponde a Escolaridad Básica Incompleta, el 18% corresponde a Escolaridad Media Incompleta. Y el 14% corresponde a Sin estudios.

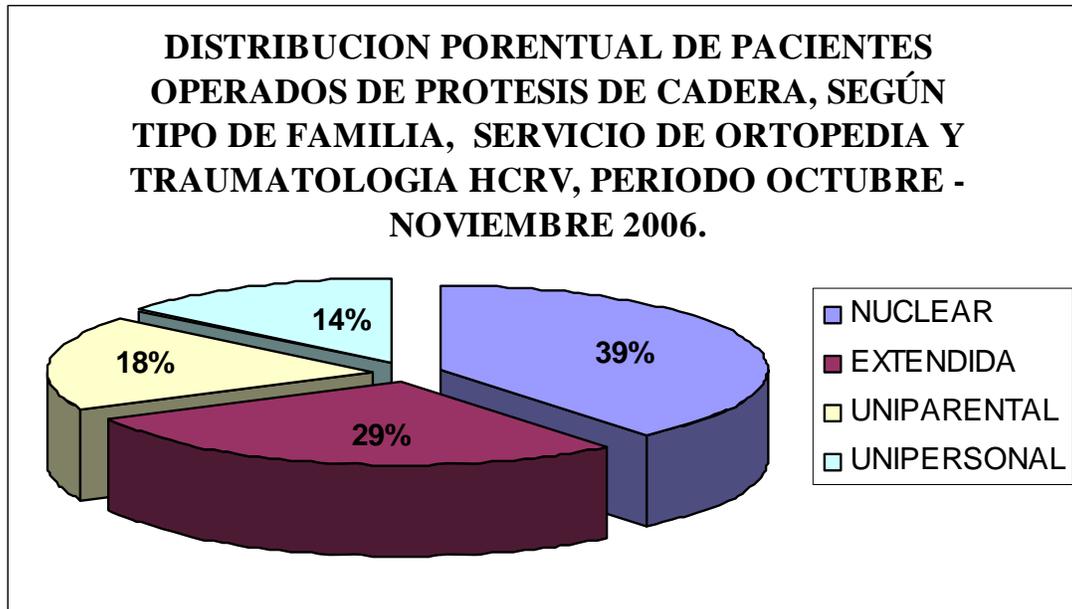
Gráfico N° 5



Fuente: Cuestionario tesis “Identificación Del Grado de Apoyo y Funcionalidad Familiar De Los Adultos Mayores, que Requieren Endoprótesis Total, y/o Parcial De Cadera Octubre - Noviembre 2006 Del Hospital Clínico Regional Valdivia Chile”.

De la población de pacientes operados de Prótesis de Cadera, el 75% corresponde procedencia Urbano

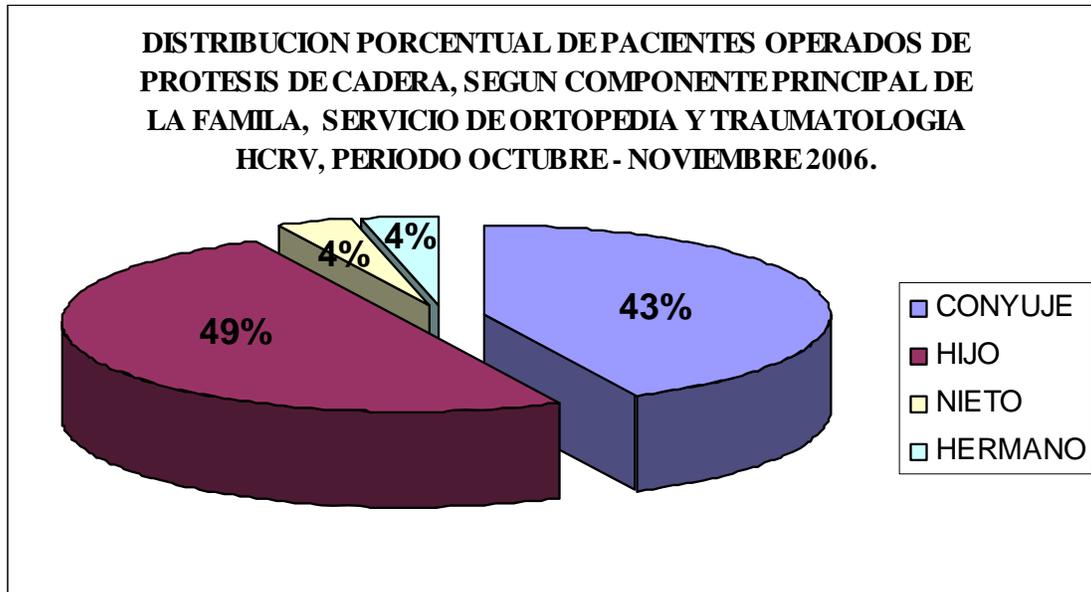
Gráfico N° 6



Fuente: Cuestionario tesis “Identificación Del Grado de Apoyo y Funcionalidad Familiar De Los Adultos Mayores, que Requieren Endoprótesis Total, y/o Parcial De Cadera Octubre - Noviembre 2006 Del Hospital Clínico Regional Valdivia Chile”.

De la población de pacientes operados de Prótesis de Cadera, el 39% corresponde a tipo de familia Nuclear, el 29% corresponde a tipo de familia Extendida, el 18% corresponde a tipo de familia Uniparental. Esto demuestra que la población encuestada se distribuye en forma semejante sin muchas variaciones, en cuanto a tipo de familia.

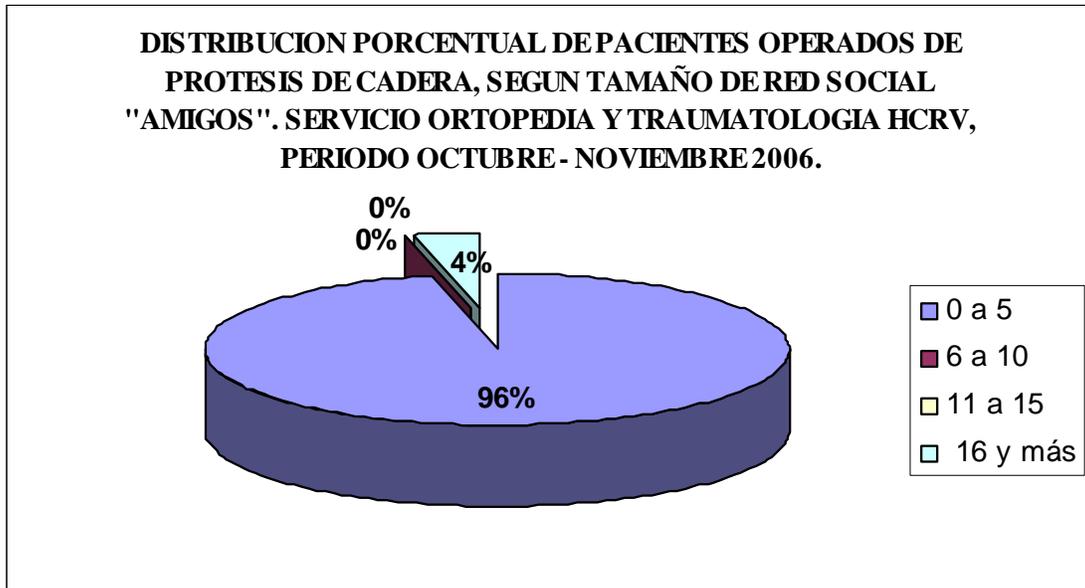
Gráfico N° 7



Fuente: Cuestionario tesis “Identificación Del Grado de Apoyo y Funcionalidad Familiar De Los Adultos Mayores, que Requieren Endoprótesis Total, y/o Parcial De Cadera Octubre - Noviembre 2006 Del Hospital Clínico Regional Valdivia Chile”.

De la población de pacientes operados de Prótesis de Cadera, el 49% tiene como componente principal de la familia a su Hijo/a, el 43% tiene como componente principal al Cónyuge.

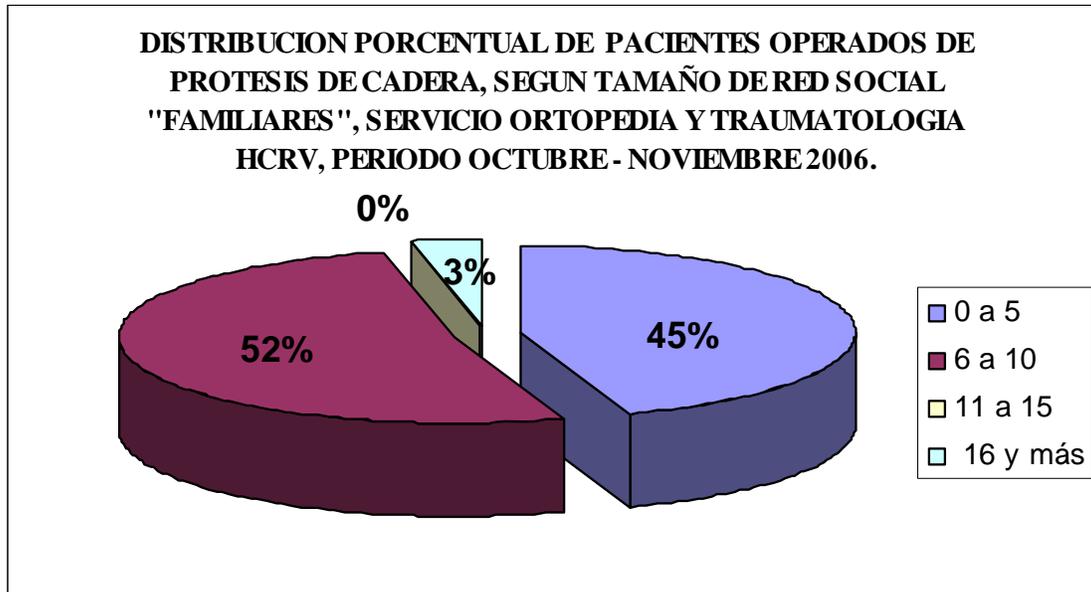
Gráfico N° 8



Fuente: Cuestionario tesis “Identificación Del Grado de Apoyo y Funcionalidad Familiar De Los Adultos Mayores, que Requieren Endoprótesis Total, y/o Parcial De Cadera Octubre - Noviembre 2006 Del Hospital Clínico Regional Valdivia Chile”.

De la población de pacientes operados de Prótesis de Cadera, el 96% tiene un tamaño de red social de 0 a 5 personas (amigos). Esto muestra que nuestra población encuestada posee una red de amigos, pequeña.

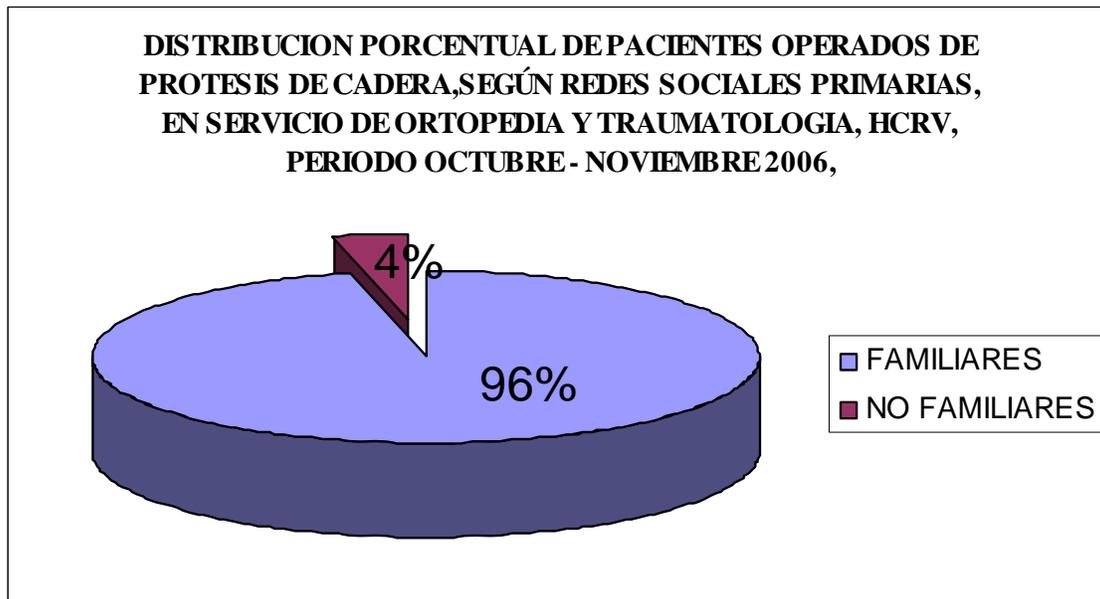
Gráfico N° 9



Fuente: Cuestionario tesis “Identificación Del Grado de Apoyo y Funcionalidad Familiar De Los Adultos Mayores, que Requieren Endoprótesis Total, y/o Parcial De Cadera Octubre - Noviembre 2006 Del Hospital Clínico Regional Valdivia Chile”.

De la población de pacientes operados de Prótesis de Cadera, el 52% tiene un tamaño de red social de familiares de 6 a 10 personas (familiares) y el 45% tiene una red social de familiares de 0 a 5 personas. Esto demuestra que en cuanto a red de apoyo familiar la cantidad de personas aumenta en relación con la de “amigos”.

Gráfico N° 10

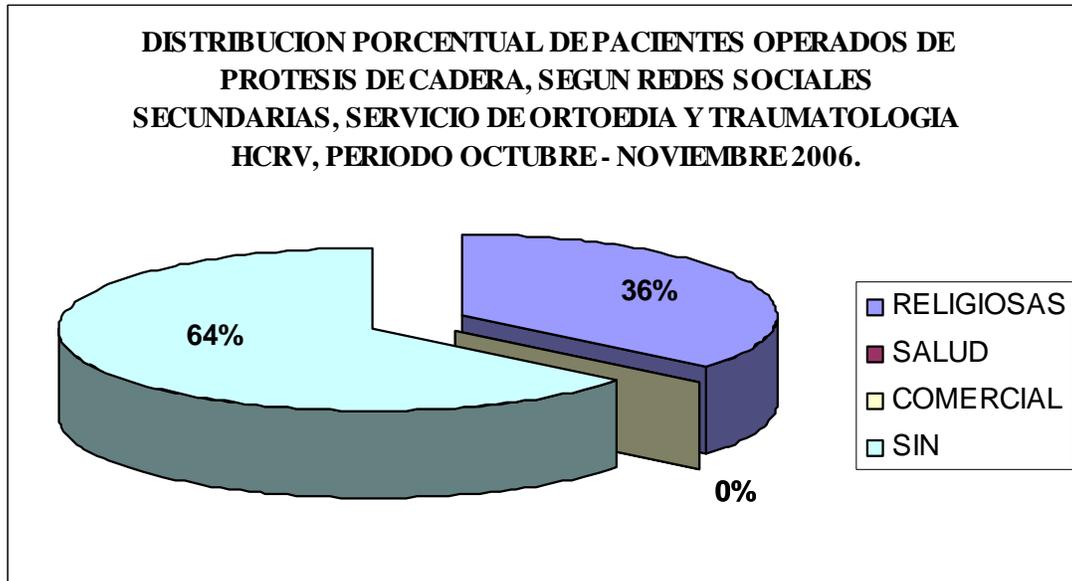


Fuente: Cuestionario tesis “Identificación Del Grado de Apoyo y Funcionalidad Familiar De Los Adultos Mayores, que Requieren Endoprótesis Total, y/o Parcial De Cadera Octubre - Noviembre 2006 Del Hospital Clínico Regional Valdivia Chile”.

De la población de pacientes operados de Prótesis de Cadera, el 96% corresponde a redes sociales Primarias “Familiares” y sólo un 4% corresponde a redes sociales Primarias “No Familiares”.

El principal sistema social del anciano y el apoyo que recibe viene de su familia. Se trata de una unidad social sujeta a las presiones y condiciones de su entorno cultural, económico y político de un momento dado.

Gráfico N° 11

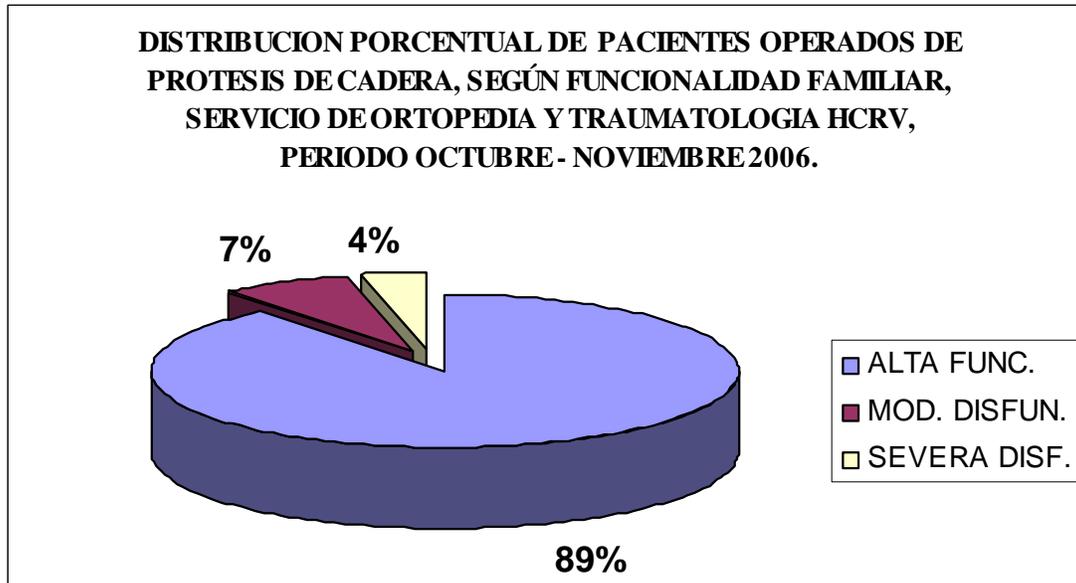


Fuente: Cuestionario tesis “Identificación Del Grado de Apoyo y Funcionalidad Familiar De Los Adultos Mayores, que Requieren Endoprótesis Total, y/o Parcial De Cadera Octubre - Noviembre 2006 Del Hospital Clínico Regional Valdivia Chile”.

De la población de pacientes operados de Prótesis de Cadera, el 36% corresponde a redes sociales secundarias Religiosas y un 64% refiere no tener red social secundaria.

La población encuestada no percibe como redes de apoyo social al sector salud

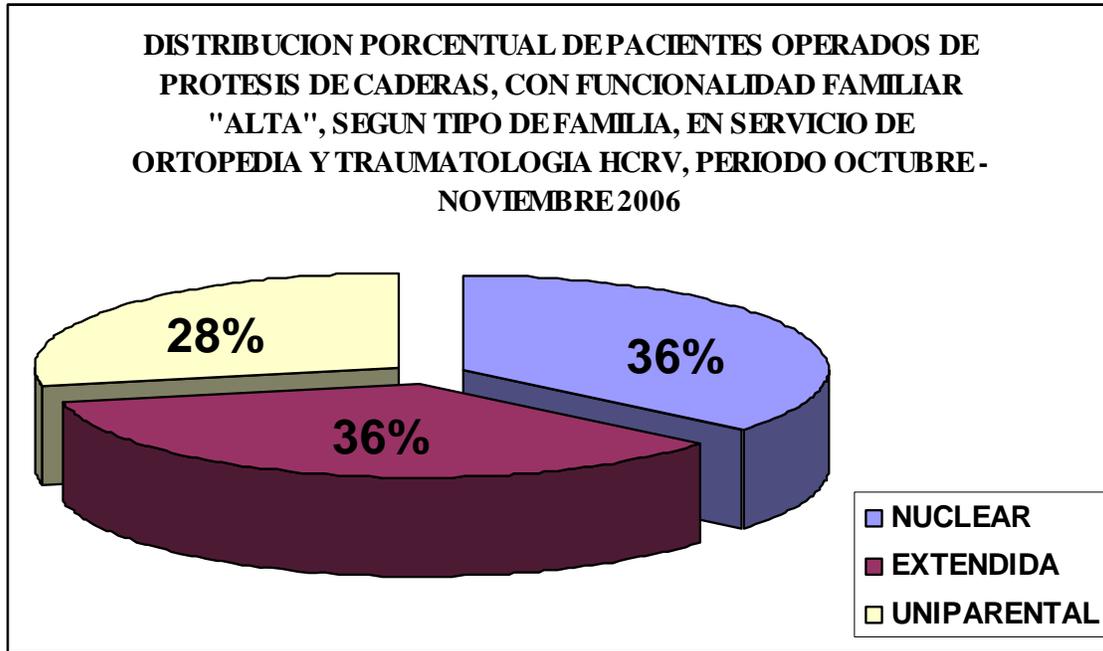
Gráfico N° 12



Fuente: Cuestionario tesis “Identificación Del Grado de Apoyo y Funcionalidad Familiar De Los Adultos Mayores, que Requieren Endoprótesis Total, y/o Parcial De Cadera Octubre - Noviembre 2006 Del Hospital Clínico Regional Valdivia Chile”.

De la población de pacientes operados de Prótesis de Cadera, el 89% percibe el funcionamiento de su familia como Alta Funcionalidad Familiar, el 7% percibe el funcionamiento de su familia como Moderada Disfuncionalidad y solo un 4% percibe el funcionamiento de su familia como Severa Disfuncionalidad Familiar.

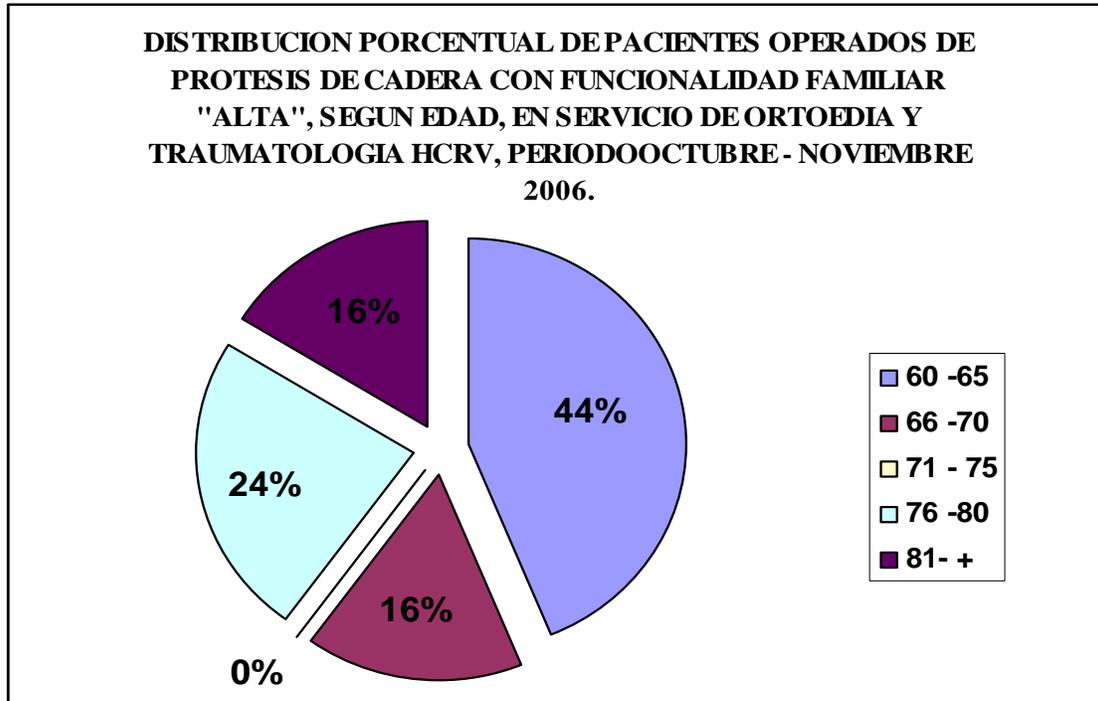
Gráfico N° 13



Fuente: Cuestionario tesis “Identificación Del Grado de Apoyo y Funcionalidad Familiar De Los Adultos Mayores, que Requieren Endoprótesis Total, y/o Parcial De Cadera Octubre - Noviembre 2006 Del Hospital Clínico Regional Valdivia Chile”.

De la población de pacientes operados de Prótesis de Cadera, con Funcionalidad Familiar “Alta”, según tipo de familia, el 36% corresponde a Tipo de Familia Extendida y Nuclear, respectivamente. Mientras que el 28% corresponde a Tipo de Familia Uniparental. Esto refleja que no hay mucha relación entre tipo de familia y funcionalidad familiar “Alta” ya que todos tienen un porcentaje más o menos semejante.

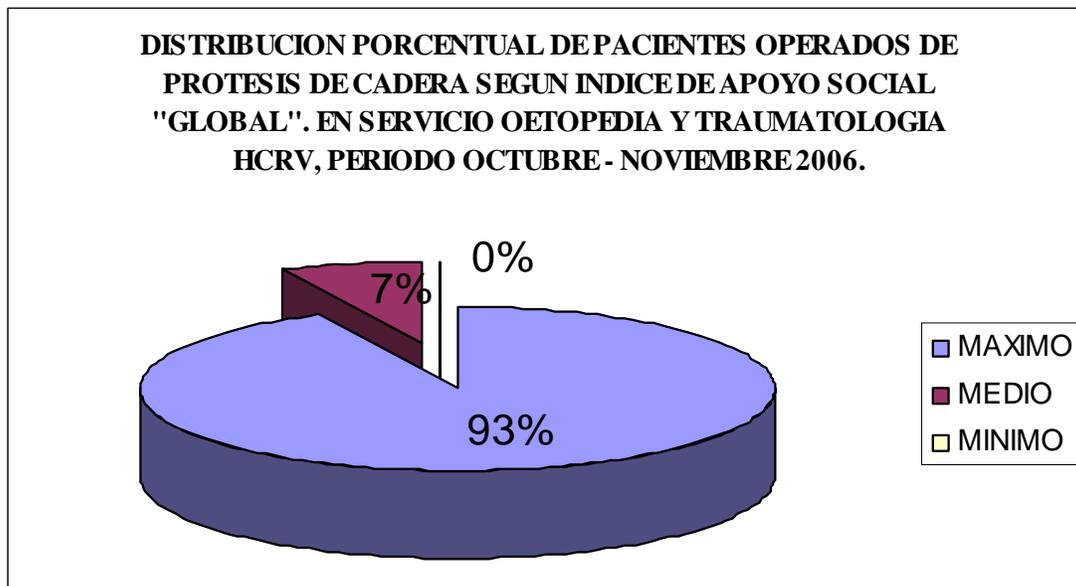
Gráfico N° 14



Fuente: Cuestionario tesis “Identificación Del Grado de Apoyo y Funcionalidad Familiar De Los Adultos Mayores, que Requieren Endoprótesis Total, y/o Parcial De Cadera Octubre - Noviembre 2006 Del Hospital Clínico Regional Valdivia Chile”.

De la población de pacientes operados de Prótesis de Cadera con Funcionalidad Familiar “Alta” según Edad, el 44% corresponde al intervalo de edad de 60 a 65 años, el 24% corresponde al intervalo de edad de 76 a 80 años. El 16% corresponde al intervalo de edad de 66 – 70 años y 81 y Más, respectivamente

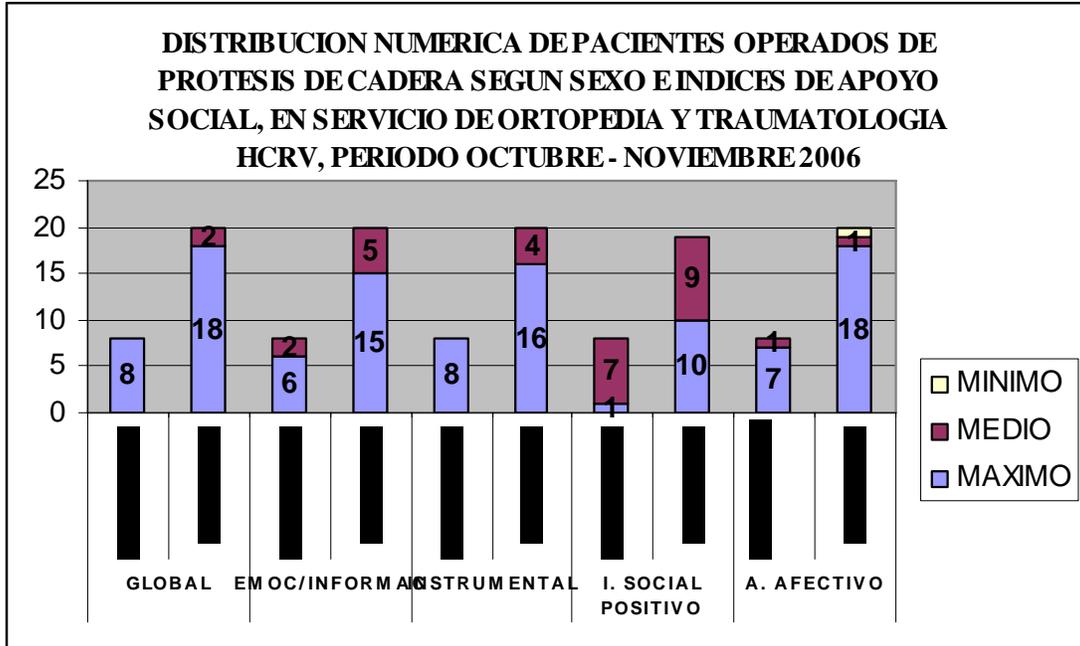
Gráfico N° 15



Fuente: Cuestionario tesis “Identificación Del Grado de Apoyo y Funcionalidad Familiar De Los Adultos Mayores, que Requieren Endoprótesis Total, y/o Parcial De Cadera Octubre - Noviembre 2006 Del Hospital Clínico Regional Valdivia Chile”.

De la población de pacientes operados de Prótesis de Cadera, según **Apoyo Social Índice Global**, el 93% corresponde al rango Máximo y el 7% corresponde al rango Medio. Esto muestra que la población encuestada percibe un buen apoyo de su red social en forma global.

Gráfico N° 16

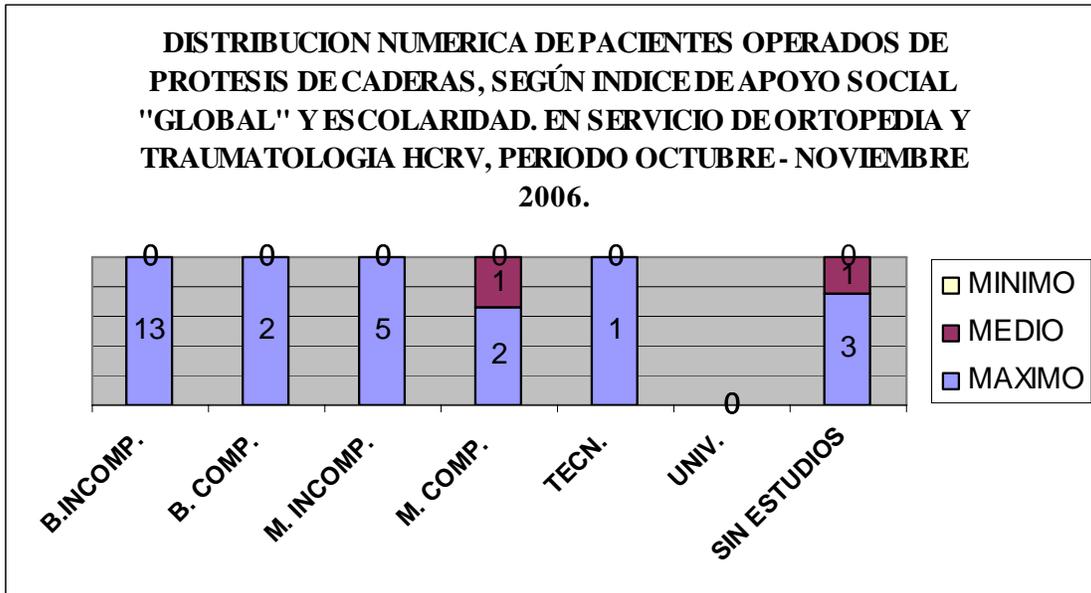


Fuente: Cuestionario tesis “Identificación Del Grado de Apoyo y Funcionalidad Familiar De Los Adultos Mayores, que Requieren Endoprótesis Total, y/o Parcial De Cadera Octubre - Noviembre 2006 Del Hospital Clínico Regional Valdivia Chile”.

De la población de pacientes operados de Prótesis de Cadera, según **Sexo e índices de apoyo social**, el apoyo social **Global y Afectivo en grado Máximo** son los que presentan mayores frecuencias, apareciendo 1 mención de apoyo **Afectivo Mínimo** en el grupo de sexo femenino

Todo lo anterior demuestra que la población encuestada percibe que su red social lo apoya en forma eficiente por que la mayoría lo situó en rango máximo.

Gráfico N° 17



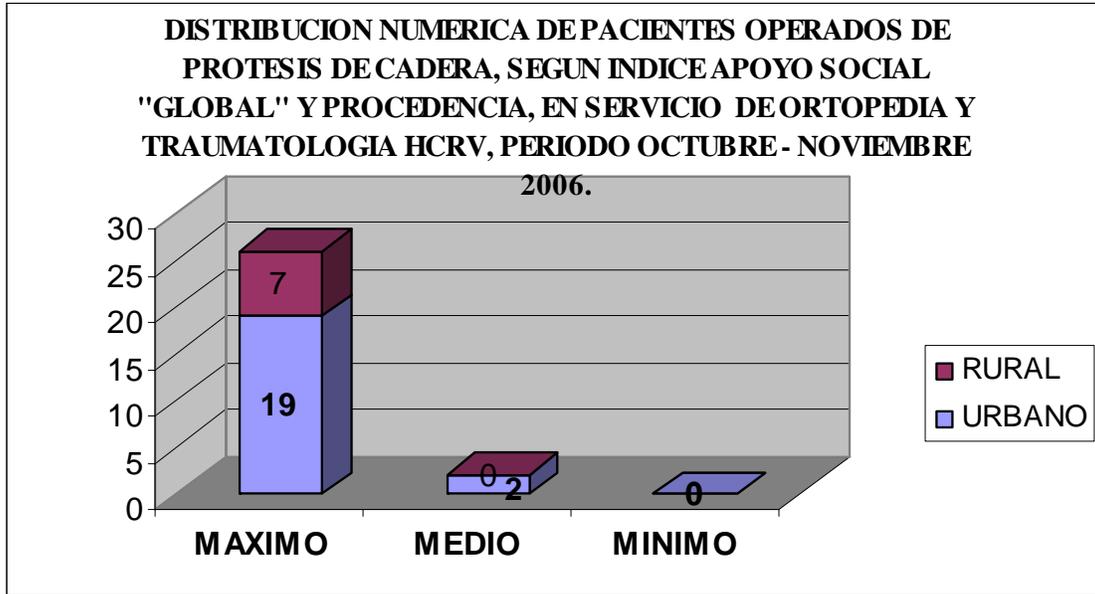
Fuente: Cuestionario tesis “Identificación Del Grado de Apoyo y Funcionalidad Familiar De Los Adultos Mayores, que Requieren Endoprótesis Total, y/o Parcial De Cadera Octubre - Noviembre 2006 Del Hospital Clínico Regional Valdivia Chile”.

De la población de pacientes operados de Prótesis de Cadera, según **Índice de Apoyo Social “Global” y Escolaridad**, 13, 5 pacientes corresponden **Índice de Apoyo Social “Global” Máximo y Escolaridad Básica Incompleta, Escolaridad Media Incompleta**, respectivamente.

3 pacientes corresponden a **Índice de Apoyo Social “Global” Máximo sin estudios** y destaca además que Ninguno posee Escolaridad Universitaria.

La escolaridad de la población encuestada se concentra en las categorías escolaridad básica incompleta, este hecho da cuenta de la realidad sociocultural que esta población vivió durante su infancia, y responde también al perfil de la población que se atiende en el sistema público de salud. Y a pesar de esto perciben un buen apoyo de su red social.

Gráfico N° 18

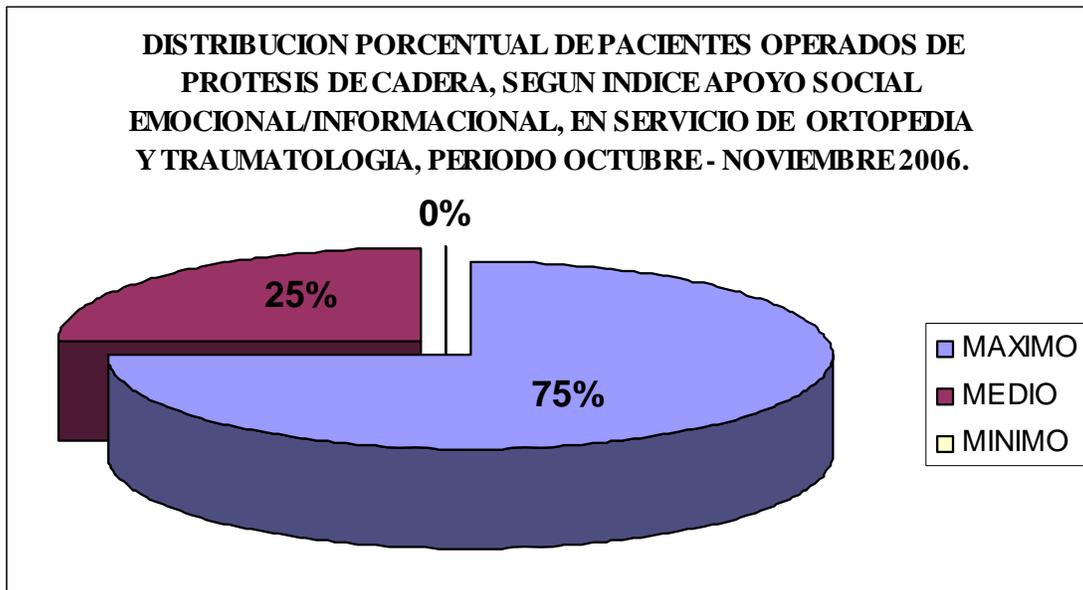


Fuente: Cuestionario tesis “Identificación Del Grado de Apoyo y Funcionalidad Familiar De Los Adultos Mayores, que Requieren Endoprótesis Total, y/o Parcial De Cadera Octubre - Noviembre 2006 Del Hospital Clínico Regional Valdivia Chile”.

De la población de pacientes operados de Prótesis de Cadera, según Índice de Apoyo Social “Global” procedencia, 19 pacientes corresponden **Índice de Apoyo Social “Global” Máximo y Procedencia Urbano**, 2 pacientes **Índice de Apoyo Social “Global” Medio y Procedencia Urbano**

7 pacientes corresponden a **Índice de Apoyo Social “Global” Máximo y Procedencia Rural**. Lo que implica que no hay mucha relación con procedencia Rural, en cuanto a como perciben el apoyo de su red social en forma global.

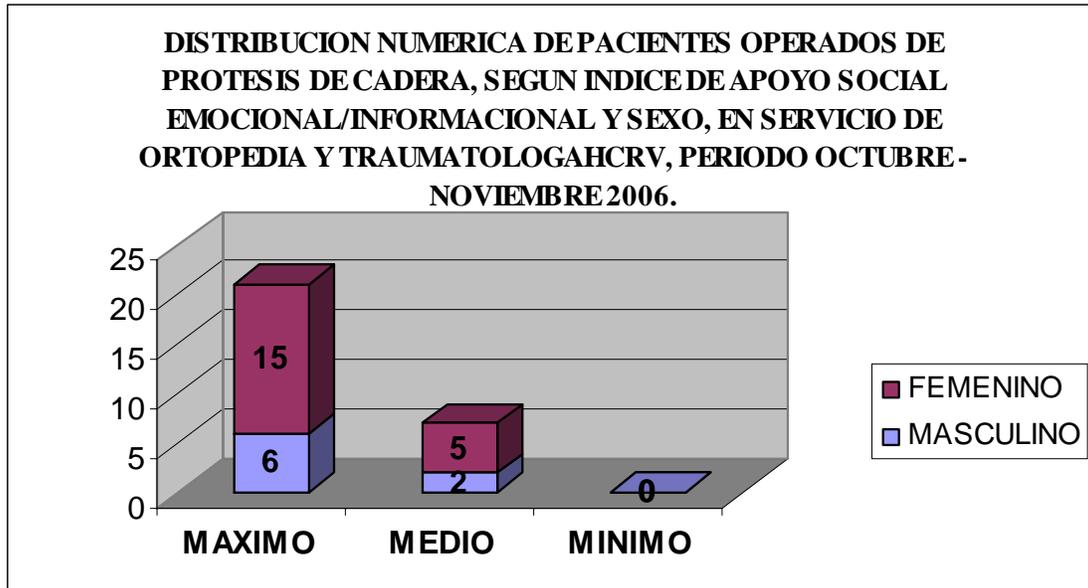
Gráfico N° 19



Fuente: Cuestionario tesis “Identificación Del Grado de Apoyo y Funcionalidad Familiar De Los Adultos Mayores, que Requieren Endoprótesis Total, y/o Parcial De Cadera Octubre - Noviembre 2006 Del Hospital Clínico Regional Valdivia Chile”.

De la población de pacientes operados de Prótesis de Cadera, según **Índice Apoyo Social Emocional/ Informacional**, el 75% corresponde a rango Máximo y el 25% restante corresponde a rango Medio.

Gráfico N° 20

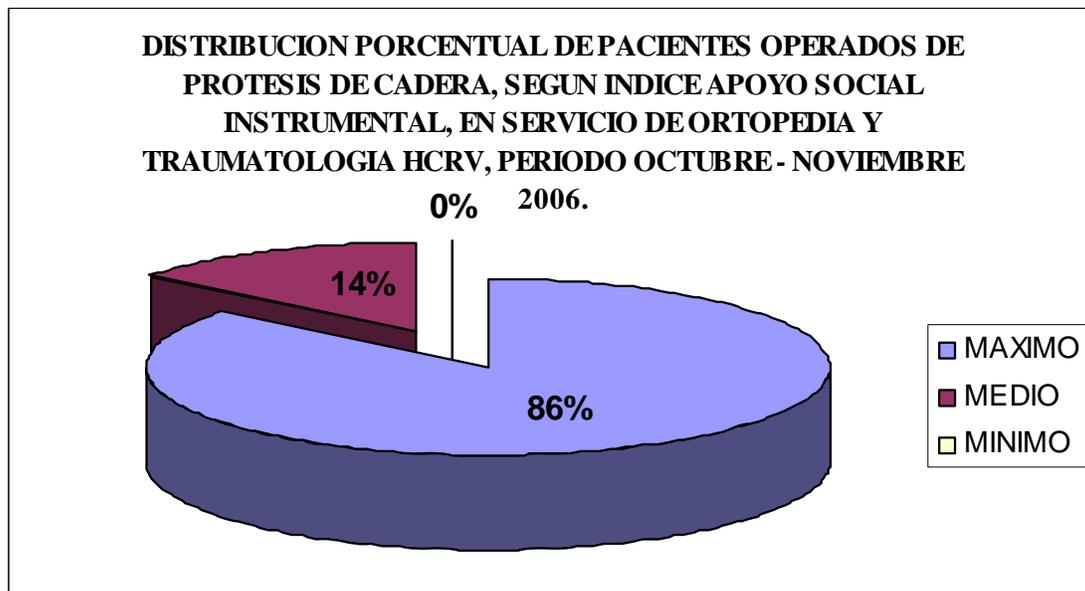


Fuente: Cuestionario tesis “Identificación Del Grado de Apoyo y Funcionalidad Familiar De Los Adultos Mayores, que Requieren Endoprótesis Total, y/o Parcial De Cadera Octubre - Noviembre 2006 Del Hospital Clínico Regional Valdivia Chile”.

De la población de pacientes operados de Prótesis de Cadera, según sexo y **Índice Apoyo Social Emocional/Informativo**, 15 Y 5 pacientes corresponden a sexo Femenino en rango Máximo y Medio respectivamente.

6 y 2 pacientes corresponden a sexo Masculino en rango Máximo y Medio respectivamente.

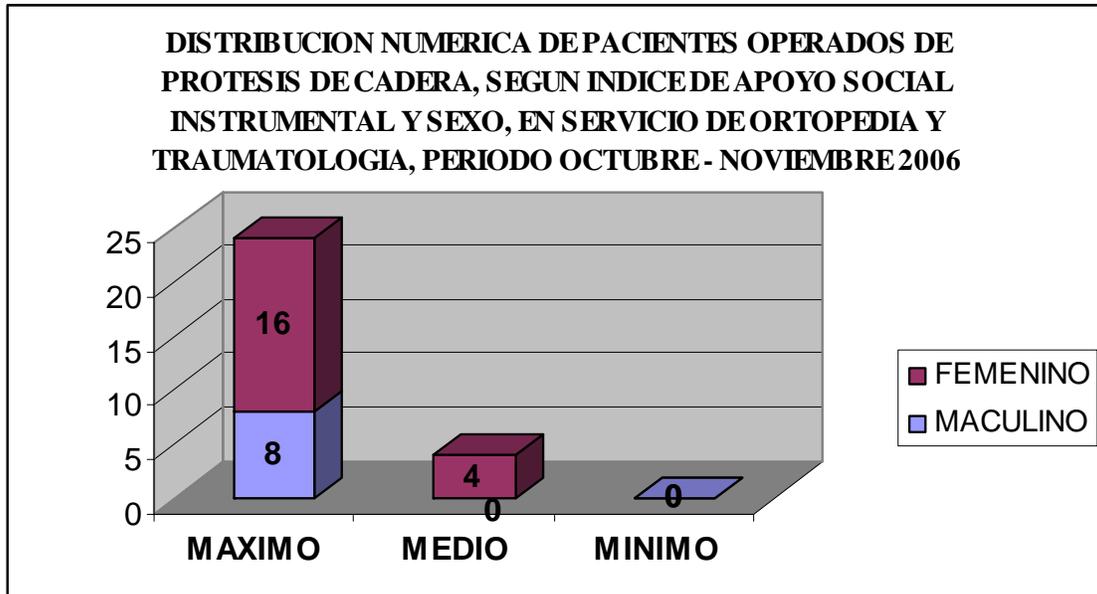
Gráfico N° 21



Fuente: Cuestionario tesis “Identificación Del Grado de Apoyo y Funcionalidad Familiar De Los Adultos Mayores, que Requieren Endoprótesis Total, y/o Parcial De Cadera Octubre - Noviembre 2006 Del Hospital Clínico Regional Valdivia Chile”.

De la población de pacientes operados de Prótesis de Cadera, según **Índice Apoyo Social Instrumental**, el 86% corresponde a rango Máximo y solo un 14% corresponde a rango Medio. Esto significa que la población sí percibe asistencia en tareas o labores diarias que debe realizar

Gráfico N° 22



Fuente: Cuestionario tesis “Identificación Del Grado de Apoyo y Funcionalidad Familiar De Los Adultos Mayores, que Requieren Endoprótesis Total, y/o Parcial De Cadera Octubre - Noviembre 2006 Del Hospital Clínico Regional Valdivia Chile”.

De la población de pacientes operados de Prótesis de Cadera, según sexo y **Índice Apoyo Social Instrumental**, 16 Y 4 pacientes corresponden a sexo Femenino en rango Máximo y Medio respectivamente.

8 pacientes corresponden a sexo Masculino en rango Máximo.

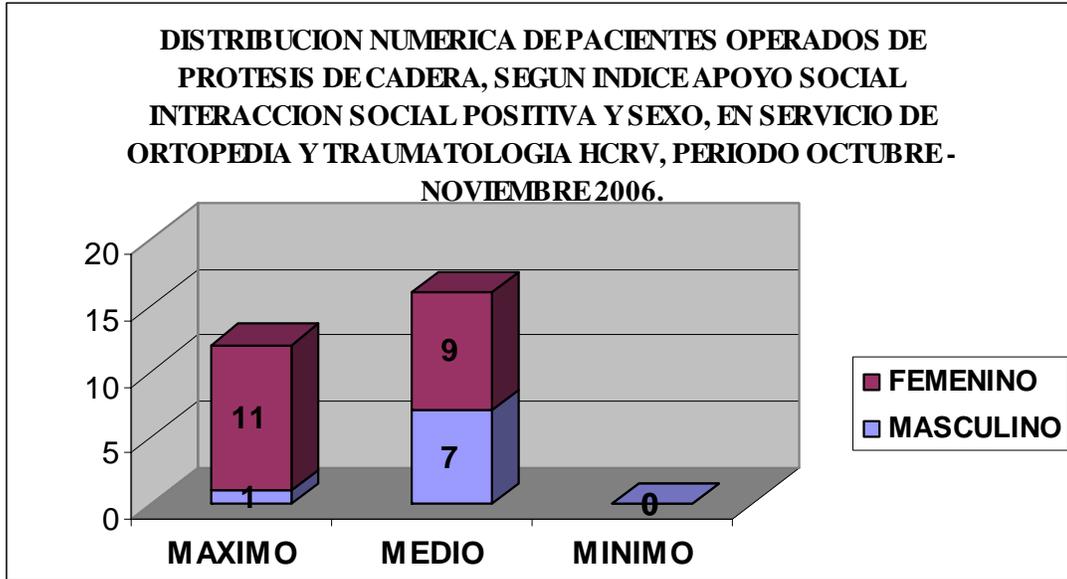
Gráfico N° 23



Fuente: Cuestionario tesis “Identificación Del Grado de Apoyo y Funcionalidad Familiar De Los Adultos Mayores, que Requieren Endoprótesis Total, y/o Parcial De Cadera Octubre - Noviembre 2006 Del Hospital Clínico Regional Valdivia Chile”.

De la población de pacientes operados de Prótesis de Cadera, según **Apoyo Social Índice Interacción Social Positiva**, el 57% corresponde a rango Máximo y el 43% corresponde a rango Medio. Esto significa que la población percibe ayuda para distraerse y compartir en forma eficiente.

Gráfico N° 24

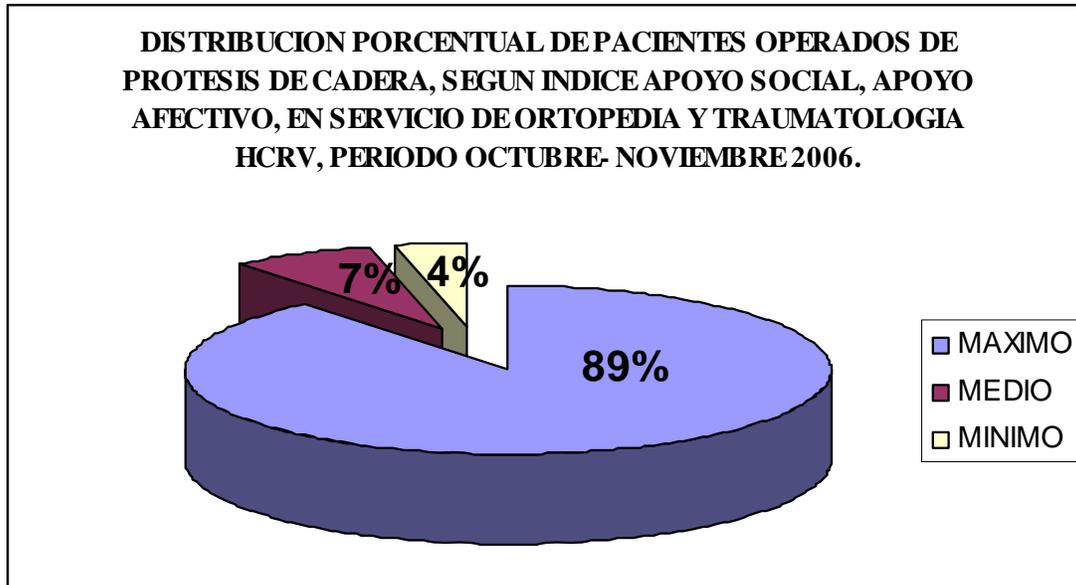


Fuente: Cuestionario tesis “Identificación Del Grado de Apoyo y Funcionalidad Familiar De Los Adultos Mayores, que Requieren Endoprótesis Total, y/o Parcial De Cadera Octubre - Noviembre 2006 Del Hospital Clínico Regional Valdivia Chile”.

De la población de pacientes operados de Prótesis de Cadera, según sexo y **Apoyo Social Índice Apoyo Social Positiva**, 11 Y 9 pacientes corresponden a sexo Femenino en rango Máximo y Medio respectivamente. Esto significa que la población Femenina recibe ayuda para distraerse y compartir en forma optima, ya que ninguna posee un rango mínimo.

1 y 7 pacientes corresponden a sexo Masculino en rango Máximo y Medio respectivamente. Esto significa que según población masculina recibe ayuda para distraerse y compartir en forma regular ya que la mayoría esta en el rango medio

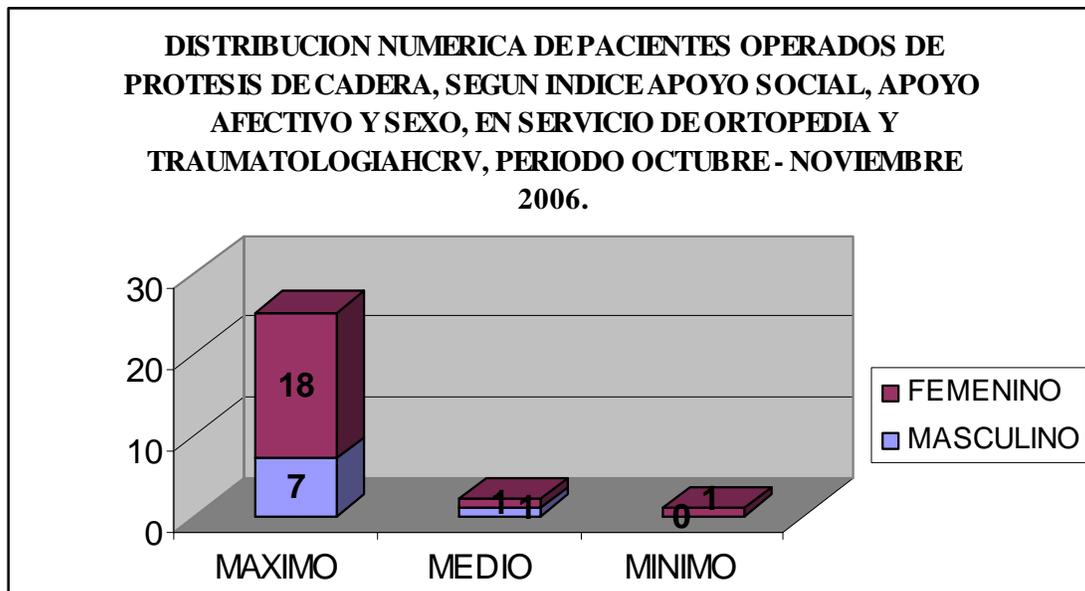
Gráfico N° 25



Fuente: Cuestionario tesis “Identificación Del Grado de Apoyo y Funcionalidad Familiar De Los Adultos Mayores, que Requieren Endoprótesis Total, y/o Parcial De Cadera Octubre - Noviembre 2006 Del Hospital Clínico Regional Valdivia Chile”.

De la población de pacientes operados de Prótesis de Cadera , según **Apoyo Social Índice Apoyo Afectivo**, el 89% corresponde a rango Máximo. El 4% corresponde a rango Mínimo. Esto significa que la mayoría de la población recibe ayuda relativa a la sensibilidad, al cariño, la amistad, ayuda referente a afecto.

Gráfico N° 26



Fuente: Cuestionario tesis “Identificación Del Grado de Apoyo y Funcionalidad Familiar De Los Adultos Mayores, que Requieren Endoprótesis Total, y/o Parcial De Cadera Octubre - Noviembre 2006 Del Hospital Clínico Regional Valdivia Chile”.

De la población de pacientes operados de Prótesis de Cadera, según sexo y **Apoyo Social Índice Apoyo Afectivo**, 18 Y 7 pacientes corresponden a rango Máximo en sexo Femenino y Masculino respectivamente.

DISCUSIÓN.

De acuerdo con la discusión del lo investigado, ésta posee poca comparación con otros estudios, ya que dentro de la bibliografía citada no se encontraron estudios relacionados con el tema.

De la población de pacientes operados de Prótesis de Cadera en el servicio de Ortopedia y Traumatología del Hospital Regional Valdivia, durante el periodo de Octubre - Noviembre 2006.

- En cuanto al sexo el 71% corresponde al sexo femenino, siendo el 39% entre los 60 a 65 años de edad. Esto debido principalmente a los cambios hormonales que sufren las mujeres en esta etapa de la vida, la Osteoporosis es una de las principales causas, y se caracteriza por la reducción de la masa ósea total y un cambio en la estructura ósea. De acuerdo al censo del 2002 éste grupo de 60 años y más alcanzo al 11, 4% del total del país, cerca de 1,7 millones de habitantes. Por lo que estamos ubicados a la altura de países desarrollados en cuanto a demografía.
- El 46% corresponde Escolaridad Básica Incompleta, el 18% corresponde a Escolaridad Media Incompleta. Y un 7% corresponde a Sin estudios. A pesar que el nivel de escolaridad es mayoritariamente Básico, este hecho da cuenta de la realidad sociocultural que esta población vivió durante su infancia, y responde también al perfil de la población que se atiende en el sistema público de salud. (Zabala G. Mercedes, y cols)
- De acuerdo a la procedencia de estos pacientes la mayoría corresponde a Urbano, principalmente de la ciudad de Valdivia. Esto dado por que el estudio fue realizado en ésta ciudad.
- El 39% corresponde a tipo de familia Nuclear, en el cual se encuentran ya sea el padre o la madre solos, con sus hijos, el 29% corresponde a tipo de familia Extendida, el 18% corresponde a tipo de familia Uniparental.
- Casi la mitad (49%) de la población tiene como componente principal de la familia a su Hijo/a, y la otra parte de la población tiene como componente principal al Cónyuge. Esto se debe a que en ésta etapa de la vida las personas se encuentran en estado de viudez y el miembro de la familia que se hace cargo del cuidado y apoyo de esos pacientes son los hijos. En los que cuentan con cónyuge, éstos son los que brindan el apoyo. (24)

- Casi la totalidad (96%) de la población tiene un tamaño de red social “Amigos” de 0 a 5 personas.
- La mitad (52%) tiene un tamaño de red social de “Familiares” de 6 a 10 personas y de la otra mitad la mayor parte tiene una red social de familiares de 0 a 5 personas.
- La mayoría (96%) de la población tiene red social primaria a sus Familiares. Esta es la mayor fuente de apoyo social y personal de que pueden disponer las personas. “En la salud de las personas el grupo social que más influye es la familia, es una de las instituciones sociales más antigua y más fuerte. Sus miembros tienen una historia común, comparten rasgos genéticos, entorno, costumbres, creencias, actitudes generales y estilos de vida y “es una parte importante de la atención total que necesita el enfermo, son al mismo tiempo cuidadores y receptores de los cuidados, colaboradores y beneficiarios” (Riquelme, 2000).
- El 36% corresponde a redes sociales secundarias Religiosas y un 64% refiere no tener red social secundaria.
- La mayor parte (89%) de la población en estudio posee una a Alta Funcionalidad Familiar.
- 46,5% (13), 17,9% (5) de los pacientes corresponden a Índice de Apoyo Social “Global” Máximo y Escolaridad Básica Incompleta, Escolaridad Media Incompleta, respectivamente. La escolaridad de los ancianos se concentra en las categorías escolaridad básica incompleta, este hecho da cuenta de la realidad sociocultural que esta población vivió durante su infancia, y responde también al perfil de la población que se atiende en el sistema público de salud. Y dado esto no implica mayores diferencias en cuanto a la percepción de apoyo de su red social.
- En cuanto a como perciben el apoyo Global de la red social los pacientes, según la procedencia 67,8% (19) de los pacientes corresponden Índice de Apoyo Social “Global” Máximo y Procedencia Urbano, 7,2% (2) pacientes Índice de Apoyo Social “Global” Medio y Procedencia Urbano. 25% (7 pacientes) corresponde a Índice de Apoyo Social “Global” Máximo y Procedencia Rural.

- Según **Índice Apoyo Social Emocional/ Informativo**, el 75% corresponde a rango Máximo y el 25% restante corresponde a rango Medio. Al relacionarlo con la variable Sexo el 58,6% (15 pacientes) Y 17,9% (5 pacientes) corresponde a sexo Femenino en rango Máximo y Medio respectivamente. 21,4% (6 pacientes) y 7% (2 pacientes) corresponde a sexo Masculino en rango Máximo y Medio respectivamente.

- En **Índice Apoyo Social Instrumental**, el 86% corresponde a rango Máximo. Según este mismo Índice y Sexo 57,1% (16 pacientes) Y 14,3% (4 pacientes) corresponde a sexo Femenino en rango Máximo y Medio respectivamente. Y relacionando este mismo Índice con la variable Sexo, 35,7% (10pacientes) Y 32,1% (9 pacientes) corresponde a sexo Femenino en rango Máximo y Medio respectivamente. 3,5% (1 paciente) y 25% (7 pacientes) corresponde a sexo Masculino en rango Máximo y Medio respectivamente.

- En **Apoyo Social Índice Interacción Social Positivo**, el 57% corresponde a rango Máximo y el 43% corresponde a rango Medio. Al relacionar este Índice con la variable Sexo 39,2% (11 pacientes) Y 32,1% (9 pacientes) corresponde a sexo Femenino en rango Máximo y Medio respectivamente. 3,5% (1 paciente) y 25% (7 pacientes) corresponde a sexo Masculino en rango Máximo y Medio respectivamente.

- En **Apoyo Social Índice Apoyo Afectivo**, el 89% corresponde a rango Máximo. El 4% corresponde a rango Mínimo. Relacionado con la variable Sexo 64,3% (18 pacientes) Y 25% (7 pacientes) corresponde a rango Máximo en sexo Femenino y Masculino respectivamente en la medida que la persona se adentra en estadios avanzados del Ciclo Vital, tiende también a cambiar el tipo de apoyo social que recibe. Es mucho más frecuente que al Adulto Mayor se le incremente la ayuda práctica, instrumental, y disminuya la ayuda emocional, de corte subjetivo, vivencial, que tiende a validarlo y reforzar su identidad. (Roca M. 2000)

CONCLUSIONES

Al analizar los resultados obtenidos después de la aplicación de la encuesta que cuenta con el cuestionario MOS de Apoyo Social y Apgar Familiar, a los pacientes Operados de Prótesis de Cadera en el Servicio de Ortopedia y Traumatología en el periodo Octubre - Noviembre 2006, se puede concluir que la población más afectada con esta patología, ya sea fractura o Artrosis de Cadera, es de sexo Femenino, con un rango de edad de 60 a 65 años esto dado por la Osteoporosis que se caracteriza por la disminución de la masa ósea, por las alteraciones hormonales que las mujeres sufren en esa etapa de la vida. La Escolaridad que presenta esta población es en su mayoría Enseñanza Básica y Media Incompleta, siendo su procedencia Urbana, principalmente de la ciudad de Valdivia.

De acuerdo con la estructura familiar, esta está constituía por ambos padres, solos o con sus hijos, cuyo componente principal en quien encuentran el mayor apoyo es en primer lugar el Hijo/a y en segundo lugar su cónyuge, esto dado por que la mayoría de la población en esta etapa de la vida se encuentra sin el cónyuge y encuentra el apoyo necesario en sus hijos más cercanos.

En relación al tamaño de la Red Social que posee la población, en relación a “Amigos” y “Familiares”. La mayor parte se sitúa en el rango de 0 a 5 personas y de 6 a 10 personas respectivamente. La Red Social Primaria esta constituida principalmente por su grupo de Familiares, en cuanto que la Red Social Secundaria es Religiosa, pero hay que destacar que un sesenta y tres por ciento, refiere no tener Red Social Secundaria.

Además se concluyó que, casi el cien por ciento de la población tiene Alta Funcionalidad, lo que explica que en el cuestionario MOS de Apoyo Social, en todos sus índices (Global, Índice Emocional/ Informacional, Índice Instrumental, Índice Interacción Social Positivo, e Índice Apoyo Afectivo), la mayor parte de la población se sitúa en los Rangos Máximos denotando así que esta población posee una buena Red Social en todas las áreas que este estudio incluyó.

La Enfermería se caracteriza y distingue de otras profesiones del sector salud, por ser una disciplina de orden biopsicosocial, que abarca a lo largo de todo su proceso de valoración, diagnóstico, tratamiento y evaluación, al ser humano como un ser holístico, que está formado de cuerpo, mente y alma, cuyas necesidades se superponen en el orden de cada plano de su existencia, comprometiendo tanto su físico, como su psiquis, sus emociones y sentimientos, siendo un todo que fluctúa en el continuo salud- enfermedad.

Como es sabido por todos, el sistema de salud formal, hospitales, consultorios, etc. no da abasto para atender en forma eficiente a toda la población que padece de alguna enfermedad, y es la familia, amigos, vecinos quienes se transforman en los cuidadores de estos individuos. Se ha demostrado que el apoyo de las personas cercanas se convierte en fuente de bienestar y una mejor calidad de vida para las personas que sufren una enfermedad crónica o discapacidad, ya que la vida en familia les proporciona muchos beneficios como lo son; mayor atención, que va desde la prevención, una nutrición apropiada, higiene personal, uso correcto de los medicamentos, a una atención directa en caso de accidentes, enfermedades, etc. Además provee de apoyo psicoafectivo lo que conlleva una disminución del estrés, que genera la incertidumbre de un accidente o enfermedad, ayuda para la realización de las actividades de la vida cotidiana en caso de incapacidad o minusvalía como lo es en el caso de esta investigación, mejorando así los procesos de rehabilitación, produciéndose una mayor, mejor y rápida incorporación a su vida.

El rol de la Enfermera en la valoración de los sistemas de apoyo social es ayudar a identificar a las personas importantes que le pueden ayudar cuando lo necesite, hacerlos participe del proceso salud/ enfermedad que afecta al paciente y así poder promover mejores cuidados, no sólo en el posterior periodo de tratamiento y rehabilitación sino promover la salud y prevenir otros episodios de quebrantamiento en ésta. Con el fin de estimular a aquellos pacientes que se encuentran capacitados, para proporcionarse autocuidado e incorporando a su red de apoyo para que este proceso sea eficiente y evitar rehospitalizaciones por otras causas, porque no solo se estará trabajando en la actual patología sino que también se hará una continua educación frente a las diferentes patologías agregadas que padecen este tipo de paciente.

Si existieran deficiencias de apoyo o éste fuera inexistente, el papel como enfermera sería evitar y disminuir la ansiedad que esta situación pudiera generar y ayudar a buscar medidas alternativas que le provean del apoyo necesario. Es preciso que la familia o los cuidadores se reconozcan a ellos mismos como red de apoyo, que no solo un profesional puede otorgar el cuidado, sino que ellos también pueden dar el cuidado teniendo los elementos entregados en la educación que se estableció por el profesional

En esta investigación el principal apoyo social fue dado por el núcleo familiar, pero sería interesante ver otras realidades en pacientes insertos en localidades más urbanizadas, en donde las personas tienen otro ritmo de vida en el cual permanecen la mayor parte del día fuera del hogar y saber quienes son los que otorgan los cuidados a estos paciente y cuan fuerte es el lazo o compromiso que adquieren. Por otro lado tenemos la situación de aquellas familias que viven en localidades rurales en donde los componentes más jóvenes de esta, emigran hacia lugares más urbanos en busca de mejores oportunidades de trabajo, quedando estos pacientes, gran parte del tiempo solos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Aguilar, M 2002. **“Resultados Censo 2000. Envejecimiento de la Población: Antecedentes Estadísticos”** (En línea)
http://www.censo2002.cl/menu_lateral/noticiero/noticias (consulta 14 Agosto 2006)
2. Brunner. S. 2002 **“Enfermería Medico Quirúrgica”**. Cap.63 Vol.II Ed Mc Graw Hill. México. Pp. 2075 – 2104.
3. Icart MT, Fuentelsaz C, Pulpón A. (2001) **“Elaboración y Presentación de un proyecto de Investigación y una Tesis”**. Ediciones Universitarias de Barcelona. 140p.
4. Marriner – Tomey, A 1994. **“Modelos y Teorías en Enfermería”**. In: Neuman B. **“Modelo Sistémico”**. Editorial Mosby. Pp. 269-281.
5. Puerto, Martín, Perez, Cano (1999), **“Atención primaria, Conceptos Organización y practica clínica”** Editorial Mediterráneo Chile 4ª Edición, volumen 1. Pp 503 - 702
6. Roca M. **“Apoyo Social: Su significación para la Salud Humana”**. La Habana, Cuba: Editorial Félix Varela; 2000. **Fuente:** www.infomed.sld.cu (citada el 05 de septiembre)
7. Zavala G, Mercedes, Vidal G, Daisy, Castro S, Manuel *et al.* **“Funcionamiento Social Del Adulto Mayor”**. *Cienc. enferm.* [online]. dic. 2006, vol.12, no.2 [citado 17 Marzo 2007], p.53-62. Disponible en laWorldWide web:<http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532006000200007&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0717-9553.
8. <http://www.carloshaya.net/biblioteca/contenidos/docs/nefrologia/predialisis/petirogero.PDF> (citado 08 de Septiembre 2006 13:22)
9. <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2003/fmo.16c/doc/fmo.16c.pdf> (citada el 14 Agosto 2006)
10. <http://www.encolombia.com/pediatria3522000-funcionalidad.htm> (citada el 10 septiembre 2006)

11. <http://escuela.med.puc.cl/publ/boletin/Geriatria/FormacionInvest.html> (citada el 8 septiembre 2006)
12. www.escuela.med.puc.cl/publicaciones/TextoTraumatologia (citada el 8 Agosto 2006)
13. www.fonasa.cl (citada el 8 de Agosto 2006)
14. http://www.fedap.es/IberPsicologia/iberpsi10/congreso_lisboa/marin3/marin3.htm
15. <http://www.geocities.com/Heartland/Cabin/5900/adulto01.htm#1.1> (citada el 14 Agosto 2006 13:07)
16. www.gerontologia.org/portal/information/showInformation.php?idinfo=115 - 20k - (citada el 14 Agosto 2006)
17. <http://www.liliortopedia.org/articulos/articulo.php?id=11> (citada el 15 noviembre 2006)
18. www.minsal.cl/ici/adulto_mayor/funcionalidad_adulto_mayor_efam_chile.doc (citada el 20 agosto 2006)
19. http://www.minsal.cl/ici/guiasclinicas/CaderasR_10Mayo.pdf (citada el 15 Noviembre 2006)
20. <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/002975.htm> (citada el 15 Noviembre 2006)
21. http://www.respyn.uanl.mx/especiales/ee-5-2003/ponencias_precongreso/01-precongreso.htm (citada el 10 Septiembre 2006)
22. http://www.tdx.cesca.es/TESIS_UV/AVAILABLE/TDX-0308106-42315//sotorres.pdf (citada el 15 Noviembre 2006)
23. <http://www.uam.es/departamentos/medicina/preventiva/especifica/congresoXV-17.html> (citado el 8 de Septiembre 2006 13:14)
24. <http://www.ua-cc.org/educacion3.jsp> (citada el 12 de Septiembre 2006)

ANEXOS

Anexo 1

ACTA CONSENTIMIENTO INFORMADO

PROYECTO: “Identificación Del Grado de Apoyo y Funcionalidad Familiar De Los Adultos Mayores, que Requieren Endoprótesis Total, y/o Parcial De Cadera Octubre - Noviembre 2006 Del Hospital Clínico Regional Valdivia Chile”.

Se me ha solicitado participar voluntariamente en un estudio que realizaran profesionales de la Salud con el objeto de “Conocer características sociodemográficas, elementos estructurales y funcionales de apoyo social que tienen los pacientes mayor o igual a 60 años con diagnóstico de fractura de cadera candidatos a una Prótesis Parcial de Cadera (PPC) o una Prótesis Total de Cadera (PTC)”.

Al participar en este estudio yo estoy de acuerdo en responder una encuesta.

- Yo entiendo que esto no implica riesgos de salud para mí, ni para mi familia y puedo negarme a contestar algunas preguntas.
- Los posibles beneficios serán, obtener mejor información para mejorar la calidad de la atención para mí y mi familia.
- He podido hacer las preguntas que he querido acerca de las razones de este estudio y puedo retirarme de él en cualquier momento.
- La identidad de los participantes de este estudio es confidencial. Sólo los resultados serán publicados.
- Si tengo alguna duda, o consulta puedo dirigirme a la Srta. Solange Catalán Contreras, alumna tesista de la carrera de Licenciatura en Enfermería de la Universidad Austral de Chile.

Yo _____

Nombre

Apellidos

Doy libremente mi consentimiento para participar en el estudio.

Dirección: _____

Calle/ Avenida _____ N° _____

Teléfono: _____

Firma: _____ Fecha: _____

ÍTEMS I. Antecedentes personales:

- Nombre Completo
- Tipo de Prótesis de Cadera: Total Parcial AUGE
- Diagnostico: Artrosis Fractura
- Edad
- Sexo: Masculino Femenino
- Procedencia
- Escolaridad
- Con quien vivía antes de la hospitalización:
.....
.....
- Integrante principal de la familia
- Con quien vivirá al momento del alta:

Cónyuge	<input type="checkbox"/>
Hijos	<input type="checkbox"/>
Sobrinos	<input type="checkbox"/>
Nietos	<input type="checkbox"/>
Hermanos	<input type="checkbox"/>
Otros	<input type="checkbox"/>

ÍTEMS II Cuestionario Apoyo Social.

Las siguientes preguntas se refiere al apoyo o ayuda que UD. Dispone.

1. Aproximadamente, ¿Cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tiene UD? (Personas con las que se encuentra a gusto y puede hablar acerca de todo lo que se le ocurre)

- Escriba el N° de amigos y familiares cercanos
La gente busca a otras personas para encontrar compañía, asistencia u otro tipo en ayuda.

¿Con que frecuencia dispone UD de cada uno de los siguientes tipos de apoyo cuando lo necesita?

Marque con un circulo uno de los números de cada fila

Interacción social positiva	nunca	Pocas veces	Algunas veces	La mayoría de veces	Siempre
2. Alguien con quien pasar un buen rato.	1	2	3	4	5
3. Alguien con quien pueda relajarse.	1	2	3	4	5
4. Alguien con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas	1	2	3	4	5
5. Alguien con quien divertirse	1	2	3	4	5
TOTAL					

Apoyo Afectivo	nunca	Pocas veces	Algunas veces	La mayoría de veces	Siempre
6. Alguien que le muestre amor y afecto	1	2	3	4	5
7. Alguien que le abrace.	1	2	3	4	5
8. Alguien a quien amar y hacerle sentir querido	1	2	3	4	5
TOTAL					

Instrumental	nunca	Pocas veces	Algunas veces	La mayoría de veces	Siempre
9. Alguien que le ayude cuando tenga que estar en la cama.	1	2	3	4	5
10. Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo.	1	2	3	4	5
11. Alguien que le ayude en sus tareas domesticas si esta enfermo.	1	2	3	4	5
12. Alguien que le lleve al medico cuando lo necesita	1	2	3	4	5
TOTAL					

Emocional/ Informativa.	nunca	Pocas veces	Algunas veces	La mayoría de veces	Siempre
13. Alguien con quien pueda contar cuando necesita hablar.	1	2	3	4	5
14. Alguien que le aconseje cuando tenga problemas.	1	2	3	4	5
15. Alguien que le informe y le ayude a entender una situación.	1	2	3	4	5
16. Alguien en quien confiar o con quien hablar de si mismo y sus preocupaciones.	1	2	3	4	5
17. Alguien cuyo consejo realmente desee.	1	2	3	4	5
18. Alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos.	1	2	3	4	5
19. Alguien que le aconseje como resolver sus problemas personales	1	2	3	4	5
20. Alguien quien comprenda sus problemas.	1	2	3	4	5
TOTAL					

- **Clasificación del Apoyo Social**

	Índice Global	Emocional/ Informativa	Instrumental	Interacción Social positiva	Apoyo Afectivo
MÁXIMO	94	40	20	20	15
MEDIO	57	24	12	12	9
MÍNIMO	19	4	4	4	3

ÍTEMS III

Cuestionario del APGAR Familiar según Smilkstein

Componente	Pregunta	Puntaje		
		Casi Siempre	Algunas Veces	Casi Nunca
Como se comparten los recursos, satisfacción por la ayuda recibida por la familia	¿Estoy satisfecho con la ayuda que recibo de mi familia cuando algo me preocupa?	2	1	0
Como se comparten las decisiones o la satisfacción del miembro de la familia en la comunicación familiar y solución de los problemas	¿Estoy satisfecho con la forma en que mi familia discute asuntos de interés común y comparte la solución del problema conmigo?	2	1	0
Apoyo de los miembros de la familia ante los cambios en el estilo de vida	Mi familia acepta mis deseos para promover nuevas actividades o hacer cambios en mi estilo de vida?	2	1	0
Como se comparten las experiencias emocionales, o la satisfacción con la intimidad y la interacción emocional.	¿Estoy satisfecho en la forma en que mi familia expresa afecto y responde a mis sentimientos de ira, amor y tristeza?	2	1	0
Como se comparte el tiempo el espacio y el dinero	¿Estoy satisfecho con la cantidad de tiempo que mi familia y yo compartimos juntos?	2	1	0

Puntaje:	Alta Funcionalidad Familiar	Sugiere Disfunción Moderada	Sugiere Disfunción Severa
	7 – 10	4 – 6	0 – 3