

ARTÍCULOS ORIGINALES

Influencia de la esfera psicosocial en la recuperación de los ancianos con fractura de cadera

Influence of the psychosocial sphere in the recovering of the aged with hip fracture

Dra. Lisbet María Núñez Rodríguez

Facultad de Medicina Salvador Allende. Hospital Clínico Quirúrgico Docente Dr. Salvador Allende

RESUMEN

Se realizó un estudio prospectivo, transversal y descriptivo, con un universo de 341 pacientes operados por fractura de cadera en el servicio de Ortopedia y Traumatología del Hospital Salvador Allende, de la Ciudad de La Habana, durante el período comprendido desde el 1ro de abril de 2001 hasta el 1ro. de abril del 2002. La muestra estuvo constituida por 94 pacientes (24, 6 %) mayores de 60 años y residentes en el municipio Cerro. Desde el punto de vista de la evaluación psicológica prevalecieron las personas normales y recuperadas. En la esfera social y su relación con la recuperación, se obtuvo que la soledad y la viudez, con ocho y 14 pacientes respectivamente, presentaron una recuperación parcial, mientras que 21 pacientes casados se recuperaron totalmente. En relación con la convivencia se destacó que 24 pacientes recuperados presentaron una ayuda familiar total. Al evaluar la vida laboral existió un predominio de pacientes recuperados y jubilados, con 28 casos.

DeCS: ÁREAS DE SALUD, APOYO SOCIAL; ANCIANO; FRACTURAS DE CADERA.

ABSTRACT

A prospective, cross-sectional and descriptive study was carried out, with a universe of 341 patients operated for hip fracture in the Orthopedics and Traumatology service at Salvador Alende Hospital in Havana city, during the period from april 1st, 2001 to 2002. The sample was composed of 94 patients (24, 6 %) older than 60 years and residents of Cerro municipality. From the psychological point of view, normal and recovered persons prevailed. In the social sphere and its relationship with recovering, it was obtained that loveliness and widowhood with 8 and 14 patients, respectively presented a partial recovering, while 21 married patients recovered, presented a total family support. When evaluating the working sphere was a prevalence of recovered and retired patients, with 28 cases.

DeCS: AGED/psychology; HIP FRATURES.

INTRODUCCIÓN

Durante el siglo XX en muchas regiones del mundo se ha observado una disminución de las tasas de natalidad, mortalidad prenatal infantil, así como mejoras en la alimentación, atención sanitaria y el control de muchas enfermedades infecciosas. La combinación de estos factores ha permitido que un mayor número y proporción de personas alcancen edades avanzadas. El hombre de edad avanzada se ha convertido en una figura importante en la estructura social. Esta situación requiere una atención especial y es objeto de análisis para la mayoría de los países que por una razón u otra han visto el incremento de su población de 60 años o más. Por otra parte, los adelantos de la revolución científico-técnica, al influir en la calidad de vida y nuestro medio, hacen que la vejez hoy en día tenga características diferentes a la que existía un cuarto de siglo atrás.

En nuestra sociedad socialista, al ser la salud un derecho de la población, se trabaja cada vez más en la creación de condiciones óptimas para la atención geriátrica, se tiene en cuenta que en cada década que pasa la población cubana se convierte en una sociedad envejecida con una expectativa de vida de 76 años o más (13, 8 %), con

proyección del 20 % para el 2025 con los consecuentes problemas bio-psico-sociales inherentes a este cambio demográfico.^{1,2}

Las caídas y fracturas suponen un importante problema, tanto médico como social, dada la gran incidencia en la población anciana, los problemas que de éstos se derivan y el aumento progresivo de personas mayores de 60 años. Las mismas provocan lesiones que conllevan a una larga y difícil rehabilitación y pueden llegar a ser fatales. Traen consigo, por leves que sean, factores físicos, psicológicos y sociales (actividad de vida diaria y de relación). La incidencia de caídas en la comunidad aumenta el 25 % entre 65-70 años, 35 % después de 75 años y alcanza una mortalidad de un 10-20 % más alta que los que no han sufrido caídas.³

Las consecuencias de las caídas son de naturaleza cuádruple: médicas, psicológicas, sociales y funcionales. Los problemas médicos comprenden fundamentalmente las fracturas que ocurren en un 5-10 %. Los lugares más frecuentes de fracturas son: cadera, muñeca, columna vertebral y costilla. Las consecuencias psicológicas comprenden el temor, la depresión, el aumento de la dependencia y la ansiedad. Las caídas pueden motivar el retraimiento social, la dependencia, y la institucionalización. Entre las causas de las pérdidas funcionales se encuentran la inmovilidad, la disminución de la movilidad articular y del reflejo de enderezamiento.⁴ Todas estas razones motivan la realización de este trabajo, para demostrar la influencia y repercusión de los factores psicosociales en la recuperación de los pacientes con fractura de cadera e identificar la influencia del estado cognoscitivo y afectivo en la misma.

MÉTODO

Se realizó un estudio prospectivo, transversal y descriptivo, con un universo de 341 pacientes operados por fractura de cadera en el servicio de Ortopedia y Traumatología del Hospital Salvador Allende, de Ciudad de La Habana en el período comprendido entre el 1ro. de abril de 1999 al 1ro. de abril del 2000.

Seleccionamos una muestra de 94 pacientes que representó el 24, 6 % del total de ingresados por esta enfermedad y que cumplieran con los requisitos de ser mayores de 60 años y residentes en el municipio Cerro.

Para este estudio se practicó una evaluación integral al paciente, se tuvieron en cuenta los aspectos psicológicos y sociales presentes en el anciano con fractura de cadera. Se

procedió a la definición y categorización de las diferentes variables consideradas en el estudio, a partir de la evaluación antes mencionada.

- Factores psicológicos (se consideran dos fundamentales): ⁵

Aspectos cognoscitivos: Se evalúa a través del Test Mini-Mental. Examination (micro-examen cognoscitivo).

- Aspectos afectivos: se evalúa a través de la escala de depresión geriátrica (Yesavage y Brink).

- Factores sociales:

- Estado civil

- Vida laboral

- Convivencia

- Apoyo familiar total (AFT): ancianos que viven con otros miembros de la familia, que tienen posibilidades reales de prestarle atención para poder desarrollar sus actividades personales (al levantarse, aseo personal y otras).

- Apoyo familiar parcial (AFP): cuando la familia o convivientes tienen dificultades para una correcta atención al paciente.

- Sin apoyo familiar (SAF): ancianos que viven solos, sin familia ni allegados que puedan prestarles atención.

- Funcionamiento familiar: se evalúa a través del test de funcionamiento familiar, donde se establece el siguiente baremo: ⁶

57-70 familia funcional (FF)

46-56 familia moderadamente disfuncional (FMD)

24 -45 familia disfuncional (FD)

14-23 familia severamente disfuncional (FSD)

Los datos se procesan en una computadora IBM compatible, mediante el paquete de programas MICROSTAT, con estadística descriptiva y distribución de frecuencia en cantidad y porcentaje, y estadística inferencial con prueba de hipótesis de proporciones y tablas de contingencia con la prueba de chi cuadrado y un nivel de significación de 0,05.

RESULTADOS

Para evaluar la esfera psicológica empleamos dos tests: el mini examen cognoscitivo y el test de Yesavage y Brink, observamos que prevalecieron los pacientes normales con 17 y 76, respectivamente. (Tabla 1)

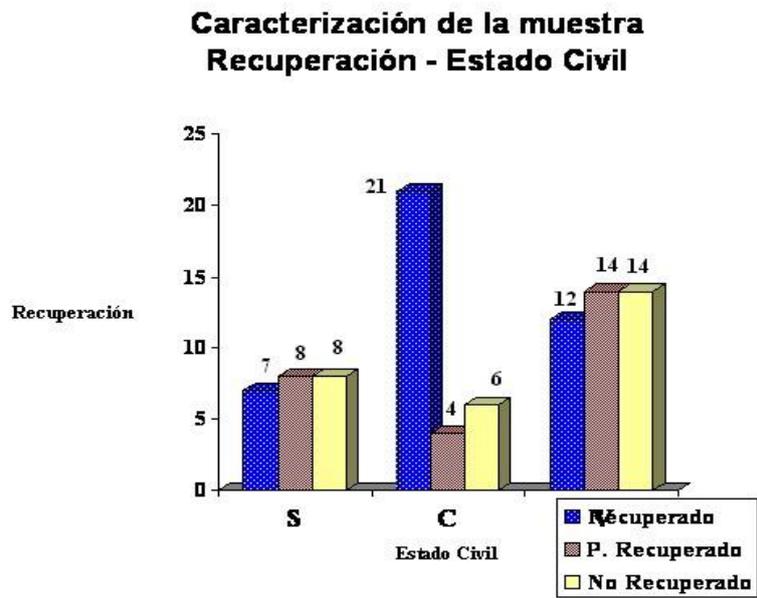
Tabla 1. Relación entre los factores psicológicos y la recuperación del paciente

Grado de recuperación	Normal	Esfera afectiva			Normal	Esfera cognoscitiva			
		Depresión Menor	Depresión Mayor	Total		Olvido Ligero	Olvido Moderado	Olvido Severo	Olvido Total
Recuperado	37	3	0	40	33	6	1	0	40
Paciente recuperado	18	8	0	26	14	7	4	1	26
No recuperado	21	6	1	28	16	4	5	3	28
Total	76	17	1	94	63	17	10	4	94

Al correlacionarlos con la recuperación funcional fueron más frecuentes los pacientes recuperados en una evaluación psicológica normal para ambas pruebas, aunque se pudo apreciar que la mayoría de los pacientes no recuperados presentaron idéntica evaluación. Esto se atribuye a que en la recuperación inciden otros factores ajenos a los psicológicos, como biológicos y sociales.

El gráfico 1 muestra que El mayor número de pacientes recuperados se encuentra casado, y en aquellos que presentaron una recuperación parcial o no se recuperaron, la soledad y la viudez influyeron mucho más, con 8 y 14, respectivamente, para ambos grados (Figura. 1).

Figura 1. Relación entre la recuperación de los pacientes y su estado civil



Al relacionar la vida laboral y la recuperación funcional de los pacientes comprobamos que el mayor número de ancianos estaba jubilado, con 59 pacientes y de éstos, 28 se recuperaron favorablemente. Sin embargo, en aquellos pacientes pensionados sin vínculos laborales anteriormente, se obtuvo que la mayoría (12 en total) no se recuperó (Figura. 2).

Figura 2. Relación entre la recuperación de los pacientes y su vida laboral

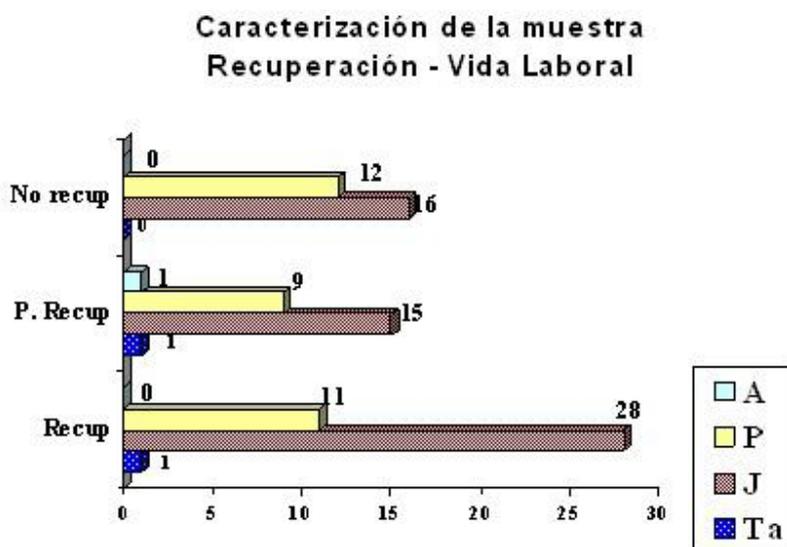
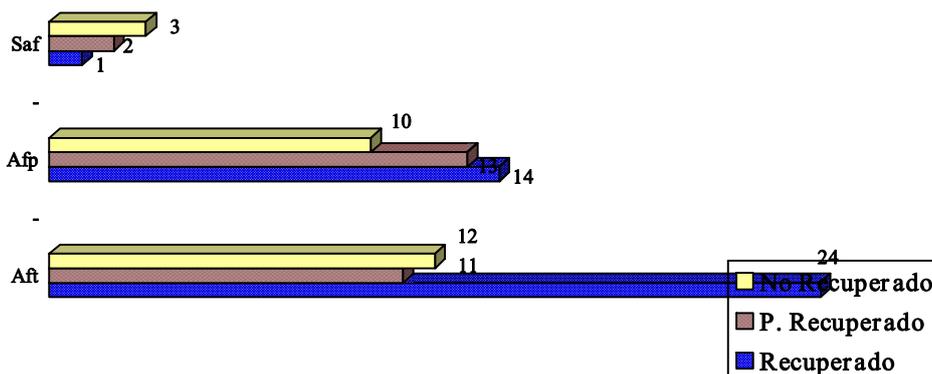


Figura 2. Relación entre la recuperación de los pacientes y su vida laboral

De manera integradora se evaluó el rol del anciano en su medio familiar (convivencia), donde 24 pacientes recuperados presentaban una ayuda familiar total, lo que influyó positivamente en su cuidado y bienestar. Para los pacientes sin ayuda familiar se comportó de forma contradictoria, con resultados no satisfactorios en su recuperación funcional (Fig. 3)

Figura 3. Relación entre la convivencia y la recuperación de los pacientes

Relación entre la convivencia y la recuperación funcional de los pacientes



Al analizar la influencia del funcionamiento familiar en la recuperación del anciano con fractura de cadera encontramos que 47 pacientes tienen una familia funcional, de ellos 26 recuperados totalmente. (Tabla 2)

Tabla 2. Relación entre el funcionamiento familiar y la recuperación del paciente

Grado de recuperación	F.F.	F.M.F.	F.D.	F.S.D.	TOTAL
Recuperado	26	8	6	0	40
Parcialmente recuperado	11	5	8	2	26
No recuperado	10	3	11	4	28
Total	47	16	25	6	94

Fuente: Encuesta.

Por otra parte, la mayoría de los pacientes con familia disfuncional o severamente disfuncional se encuentran en la categoría de no recuperado, con 11 y 4 pacientes, respectivamente.

DISCUSIÓN

Al evaluar la repercusión de la esfera psicológica (nivel cognitivo y afectivo con la recuperación de los ancianos, observamos que autores como Bazo,⁵ coinciden con los valores encontrados en el estudio, destacan que aquellos pacientes con demencia presentan una incidencia de fractura tres veces más que los ancianos sin esta enfermedad. Mutran, Reitzes y Mossey⁶ reflejan a la depresión como el desorden psicológico más importante de los ancianos como factor de riesgo precipitante de fractura, tienen en cuenta que a su vez la fractura puede comportarse como causa, y la depresión ser efecto de la misma al presentarse como fenómeno que incapacita al anciano por un período de tiempo, mientras lleva a la consolidación y fijación de la fractura.^{7, 8, 9}

Se reporta en la literatura una estrecha relación entre el individuo y la sociedad a través del desempeño de funciones, situación que se justifica con los resultados obtenidos en la muestra. Al evaluar el desenvolvimiento social que ha tenido el anciano en el desempeño de su larga vida y su relación con la recuperación posterior muchos autores reafirman que el fracaso de su rol social trae como consecuencia la reducción de su actividad y de las relaciones humanas; además, de trastornos afectivos y de autoestima lo que influye negativamente en la recuperación del anciano fracturado de cadera.^{14, 15}

Se ha observado en el estudio el valor positivo que desempeña la convivencia del anciano en su medio familiar en la recuperación bio-psico-social de los pacientes. Autores como Concha y Olivares,¹⁶ resaltan que un clima familiar adecuado y armonioso, de respeto al criterio del anciano en el núcleo familiar y el grado de apoyo que se le brinde al mismo, constituyen factores sociales que a su vez influyen en el aspecto biológico y psicológico, y en la recuperación después de operado el individuo. Kiely y colaboradores,¹⁷ resaltan las menores posibilidades de recuperación que tienen los pacientes sin amparo familiar como factor de riesgo en la recuperación posfractura. En el análisis de la recuperación de los ancianos en relación con la presencia de una familia funcional armoniosa encontramos que los resultados obtenidos en la muestra coinciden con el criterio de muchos autores, que reafirman que la familia constituye por siempre la mejor garantía para el bienestar físico y espiritual de las personas de edad avanzada y se señala el papel que juega la estructura familiar en la red de apoyo no formal para pacientes de la tercera edad.¹⁸ Para el anciano la familia representa la posibilidad de permanencia en un grupo insustituible, la cual cumple con la función protectora, promotora de elevar su autoestima, promover su salud, prevenir y cuidar las enfermedades cuando se presentan en los mismos. Por tanto, el anciano desvinculado de su medio familiar constituye un factor de alto riesgo social.^{19, 20} A

pesar de que en la muestra no existe una cifra considerable de ancianos con medio familiar no adecuado, se puede ver que éstos influyen negativamente en su recuperación para ancianos con familia disfuncional y severamente disfuncional, como se observa en la valoración realizada en la muestra de estudio al analizar la convivencia del anciano en su medio familiar.

CONCLUSIONES

La buena función cognoscitiva y afectiva, la relación familiar satisfactoria y la ausencia de soledad, influyen positivamente en la recuperación de ancianos fracturados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Beers H, Merck MD. Manual Merck de Geriatria. 2 ed. Madrid: Harcourt; 2001. p 115-27, 450-63.
2. Sánchez CD. Modalidades de intervención gerontológicas. En: Universidad de Puerto Rico. Gerontología social. San Juan: Universidad de Puerto Rico; 1999. p 117-20.
3. Martínez Almanza L, Vega García E. Las personas de edad en Cuba: principales tendencias demográficas y morbi-mortalidad: resumen. La Habana: Ciencias Médicas; 1999. p 77-91.
4. Gutiérrez Ruiz J. Vivir la vejez positivamente. Geriatria y Gerontología 2000;45(4):10-3.
5. Bazo MT. Cuidado familiar en las personas ancianas con enfermedades crónicas: el caso de los pacientes con enfermedad de Alzheimer. Rev Up Geriatr Gerontol 1998;33(1):49-56.
6. Mutran EJ, Reitzes AC, Mossey J, Fernández ME. Social support, depression, an recovery of walking ability following hip fracture surgery. Lancet 1998;198:83-6.
7. Benche JH, Schmidt L. Cancer and pain in the older adult. Psicogeriatric 2002;5(2):94-6, 273-89.
8. Muñoz Rodrigo A. Etapas de adaptación psicológica y retos para el médico. Médico Interamericano 2000;19(12):302-4.
9. Milagros M. Envejecimiento y cambios psicológicos: psicología. Psicología en la tercera edad 2001;10(1):37-40.

10. Quintero Danauy G. Psicología del envejecimiento. En: Rocabruno Mederos JC. Tratado de Gerontología y Geriatria Clínica. La Habana: Científico-Técnica, 1999. p 91-100.
11. González SL, Fleitas FI, Rodríguez FM, Rodríguez SR. Evaluación médico-social de los ancianos de los consultorios pertenecientes al Policlínico "California". Rev Cubana Med Gen Integr 1998;14(3):221-4.
12. Palliat J. Cambios psicológicos en el anciano. Geriatria (Madrid) 2002;5(2):94-6.
13. Núñez VF. Subsistema voluntad. En: Psicología y salud. La Habana: Ciencias Médicas; 2001. p 60-3.
14. Gómez SM, Maldonado J. El paciente terminal y la muerte. Sesenta y más. Publicación del Ministerio del Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid; 2001. p 195-6.
15. Sesenta y más. Publicación del Ministerio del Trabajo y Asuntos Sociales. España 2001.
16. García Martínez A. La apuesta por la calidad de vida. Geriatria y Gerontología 2000;12(3):7-10.
17. Concha A, Olivares L. Redes sociales en la tercera edad. Heartland; 2000. p 230-3.
18. Kiely DK, Kiel DP, Burrows AP, Lipsitz LA. Identifying nursing home residents at risk for falling. J Am Geriatric Soc 1998;46(5):551-5.
19. García Martínez. La apuesta por la calidad de vida. Madrid: Arán; 2000. p 26-9.
20. Gutiérrez Ruiz J. Vivir la vejez positivamente. Geriatria (México) 2000;45(4):10-3.
21. Bowlby J. Vínculos afectivos: formación, desarrollo y pérdida. 3 ed. Madrid: Morata; 1999. p 305-15.

Recibido: 28 de mayo de 2003

Aceptado: 16 de enero de 2004

Dra. Lisbet María Núñez Rodríguez. Especialista I Grado de Gerontología-Geriatria
Facultad de Medicina Salvador Allende. Hospital Clínico Quirúrgico Docente Dr.
Salvador Allende.