

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA

**PROPUESTA DE CAPACITACIÓN A FAMILIARES SOBRE
LAS MEDIDAS DE REHABILITACIÓN DEL ANCIANO CON
TRASTORNOS OSTEOMUSCULARES QUE EGRESAN DE LA
UNIDAD DE TRAUMATOLOGÍA DEL HOSPITAL
UNIVERSITARIO DE CARACAS PERÍODO SEPTIEMBRE –
DICIEMBRE 2005.**

Autores:

Acosta, Adriana
C.I. 14.527.217
Antoranz, Víctor
C.I. 11.048.976
Vanegas, Kizzy
C.I. 14.485.665

Tutora:

MSc. Emma Acevedo

Caracas, Diciembre 2005
UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA

**PROPUESTA DE CAPACITACIÓN A FAMILIARES SOBRE
LAS MEDIDAS DE REHABILITACIÓN DEL ANCIANO CON
TRASTORNOS OSTEOMUSCULARES QUE EGRESAN DE LA
UNIDAD DE TRAUMATOLOGÍA DEL HOSPITAL
UNIVERSITARIO DE CARACAS PERÍODO SEPTIEMBRE –
DICIEMBRE 2005.**

Trabajo presentado como requisitos parcial para optar al título de
Licenciada de Enfermería

Autores:

Acosta, Adriana
C.I. 14.527.217
Antoranz, Víctor
C.I. 11.048.976
Vanegas, Kizzy
C.I. 14.485.665

Tutora:

MSc. Emma Acevedo

Caracas, Diciembre 2005

DEDICATORIA

A Dios por ser la luz que ilumina mi camino y guía cada paso en el transcurso de mi carrera.

A mi madre Omaira que por ser mi motor, inspiración y quien me impulso a seguir adelante a cumplir mi sueño a lograr obtener lo que tanto quería nadie mas que ella me apoyo y brindo las fuerzas y energías para no desfallecer en ningún momento.

A mis amigas, Nubia, Jessika y Yeserlin que siempre estuvieron a mi lado incondicionalmente y me llenaron de ganas de seguir adelante.

A mis compañeros de tesis, Víctor y Adriana por ayudarme a no decaer en el arduo camino de nuestra carrera y realización de este trabajo, siendo ellos los inspiradores para lograr obtener el éxito que hoy perseguimos y llegar a la feliz culminación del mismo.

A una gran profesional de la salud y amiga, Rosa Gruber por sus sabios consejos y brindarme serenidad en los momentos más difíciles.

A todas aquellas personas que de una u otra razón aportaron sus conocimientos he hicieron que este trabajo fuese una realidad plasmada a todos muchas gracias.

Kizzy Vanegas

DEDICATORIA

A Dios, por guiar mis pasos al feliz termino de mi carrera.

A mi abuelita Teodora por ser mi gran apoyo y sustento en los momentos más difíciles de mi carrera.

A mi mamá Aída por ser mi orgullo y guía para alcanzar este gran sueño, finalizar mi carrera.

A mis hermanas, Fabiola y Fabianita por estar siempre allí apoyándome y acompañándome en todo momento.

A mi tía Maritza, Maita, Luisa y Sergio, por sus sabios consejos y apoyo incondicional.

A Nacho, por ser mi amigo incondicional, y estar en los momentos más difíciles y brindarme serenidad.

A mis compañeros, Victor y Kizzy por soportarme.

Y a todos los que aportaron un granito de arena a la culminación de nuestra carrera.

Adriana Acosta

DEDICATORIA

Dedico a este trabajo a mis padres que han estado conmigo en las buenas y en las malas dándome soporte, apoyo sin imponer, confiando en mi juicio, que no es mas que el producto de esa educación que con firmeza pero con cariño me han sabido dar.

Y también dedico este trabajo a Patricia (Patty) que más que una amiga y compañera ha sido para mí esa mujer que ha transitado y transita esta aventura que se llama vida. Aprendamos juntos y preparemos nuestro futuro, que estoy seguro que Dios nos tiene preparado un futuro brillante.

Víctor Antoranz

AGRADECIMIENTO

Gracias a Dios por ser quien guió nuestros pasos y ayudo a llevar nuestra carrera hacia un feliz término, a nuestros padres por su apoyo incondicional y constante para seguir adelante y no desfallecer en ningún momento del camino transcurrido a nuestra querida profesora y tutora Emma Acevedo por su continua orientación para la realización de ese trabajo especial de grado y a todas aquellas personas de alguna manera aportaron un granito de arena y hacer este gran sueño una realidad.

INDICE GENERAL

	Pp.	
Dedicatoria	i	
Agradecimiento	iv	
Índice de Tablas	vi	
Índice de Gráficos	vii	
Resumen	viii	
Introducción	1	
 CAPÍTULO I. EL PROBLEMA		
Planteamiento del Problema	3	
Objetivos del Estudio	7	
Justificación del Estudio	8	
 CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO		
Antecedentes	10	
Bases Teóricas	12	
Sistema de Variable	30	
Operacionalización de la Variable	31	
 CAPÍTULO III. MARCO METODOLÓGICO		
Diseño de la Investigación	32	
Tipo de Estudio	32	
Población y Muestra	34	
Instrumentos de Recolección de datos	34	
Validez del Instrumento	35	
Confiabilidad del Instrumento	35	
Técnica de Análisis de los Datos	36	
 CAPÍTULO IV. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS		38
 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES		
Conclusiones y Recomendaciones	50	
 CAPITULO VI. PROPUESTA DE CAPACITACIÓN		52
Referencias Bibliográficas.....	62	
Anexos	65	

INDICE DE CUADRO

Cuadro		Página
1	Frecuencia Absoluta y Porcentual de las respuestas dadas por los familiares de los ancianos en relación al Indicador Medidas Fisioterapéuticas	39
2	Frecuencia Absoluta y Porcentual de las respuestas dadas por los familiares de los ancianos en relación al Indicador Medidas Kinésicas	42
3	Frecuencia Absoluta y Porcentual de las respuestas dadas por los familiares de los ancianos en relación al Indicador Medidas psicológicas	45
4	Frecuencia Absoluta y Porcentual de las respuestas dadas por los familiares de los ancianos en relación al Indicador Adiestramiento Funcional	48

INDICE DE GRAFICOS

Gráficos		Página
1	Representación Gráfica de las respuestas dadas por los familiares de los ancianos en relación al Indicador Medidas Fisioterapéuticas	41
2	Representación Gráfica de las respuestas dadas por los familiares de los ancianos en relación al Indicador Medidas Kinésicas	44
3	Representación Gráfica de las respuestas dadas por los familiares de los ancianos en relación al Indicador Medidas psicológicas	47
4	Representación Gráfica de las respuestas dadas por los familiares de los ancianos en relación al Indicador al Indicador Adiestramiento Funcional	49

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA

PROPUESTA DE CAPACITACIÓN A FAMILIARES SOBRE LAS
MEDIDAS DE REHABILITACIÓN DEL ANCIANO CON
TRASTORNOS OSTEOMUSCULARES QUE EGRESAN DE LA
UNIDAD DE TRAUMATOLOGÍA DEL HOSPITAL
UNIVERSITARIO DE CARACAS PERÍODO FEBRERO –
OCTUBRE 2005

Autores:

Acosta, Adriana

C.I. 14.527.217

Antoranz, Víctor

C.I. 11.048.976

Vanegas, Kizzy

C.I. 14.485.665

Tutor:

M.Sc. Emma Avecedo

RESUMEN

El estudio tuvo como objetivo general proponer un programa de capacitación sobre las medidas de rehabilitación del anciano con trastornos osteomusculares, dirigidos a los familiares. Unidad Clínica de Traumatología del Hospital Universitario de Caracas. El tipo de investigación es de carácter no experimental, tipo proyecto factible, descriptiva, prospectiva de campo. La población estuvo integrada por 12 familiares de los ancianos hospitalizados. La muestra quedó constituida por el 100% de la población total. La recolección de los datos se efectuó a través de la encuesta, utilizando como instrumento un cuestionario con 17 ítems que fue aplicado a la muestra. Para el procesamiento estadístico se utilizó una relación absoluta y porcentual además de la representación gráfica. Los resultados permiten concluir el mayor porcentaje de los familiares respondieron de manera incorrectas los ítems correspondientes a las medidas de rehabilitación del anciano con trastornos osteomusculares que incluían las medidas fisioterapéuticas, kinésicas, psicológicas y el adiestramiento funcional, razón por la cual se justifica la realización de una propuesta de capacitación dirigida a las medidas de rehabilitación que deberán ponerse en práctica para la reincorporación del adulto mayor a sus actividades de la vida diaria.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1.- Planteamiento del Problema

Las Transformaciones Demográficas son parte del proceso de cambio social del Mundo entero, estos han ido provocando cambios importantes en la calidad de vida de la mayoría de la población mundial; entre otros han provocado un aumento en la longevidad y esperanza de vida del ciudadano en general.

Las estimaciones de las Naciones Unidas publicadas en 1990 indican que la población mundial pasará de cinco mil trescientos millones (5.300.000.000) de personas en 1990 a seis mil doscientos millones (6.200.000.000) en el año 2000, y a ocho mil quinientos millones (8.5000.000.000) en el 2025. Las estimaciones máxima para el año 2025 son de nueve mil cien millones (9.100.000.000) y siete mil novecientos millones (7.900.000.000) respectivamente.

El índice medio de natalidad mundial, que en mil novecientos noventa (1990) era del veintiséis por ciento (26%), se reducirá al veintidós por ciento (22%) a finales de siglo y al diecisiete por ciento (17%) en el año 2025 (Con la correspondiente reducción del índice total de fertilidad de 3.3 en 1990 a 2.3 en el 2025). El mayor porcentaje de poblaciones con edades de alta mortalidad hará que el índice de mortalidad media mundial se reduzca muy poco, pasando del nueve por ciento (9%) en 1990 al ocho por ciento (8%) en el año 2025. La esperanza de vida media mundial, sin embargo pasará de

sesenta y cinco años (65) en 1990 a setenta y tres (73) años en el 2025.

En el 2025, una de cada tres personas tendrá 65 años o más, según un informe que pronóstica que la población mundial superará los nueve mil millones (9.000.000.000) de habitantes.

En el mundo desarrollado, el crecimiento de la población seguirá siendo muy lento y en algunos países incluso disminuirá. Se estima que la población de Europa Occidental decrecerá a partir del año 2000. En 1996 en las ciudades de Londres y Madrid había más habitante de 65 años que menores de 15 años.

Las Naciones Unidas (ONU) estiman que los países menos desarrollados tendrán unos índices de crecimiento de población en continuo descenso, para el conjunto de países menos desarrollados, el índice de crecimiento, que en el año 1990 era del dos por ciento (2%) anual, en el 2025 se reducirá a la mitad. África seguirá siendo la zona de más alto crecimiento (en 1990 era del 3,1% y para el 2025 se estima que se reducirá al 2,2%). La población Africana se triplicará pasando de seiscientos ochenta y dos millones (682.000.000) de personas en 1990, a mil quinientos ochenta millones (1.580.000.000) en el 2025 y se estima que seguirá creciendo hasta duplicar su volumen de población en otros 35 años.

A partir de este momento el índice de crecimiento será prácticamente nulo. En cambio para el 2000, explica la ONU, que América Latina alcanzó la mayor tasa media anual de crecimiento en el mundo.

Lo que significa que tanto los países de América Latina como los del Caribe han experimentado profundas transformaciones demográficas, cuyas expresiones son la disminución del crecimiento

de la población general y un crecimiento sostenido de la población de mayor de 60 años y más. Detrás de esta evolución sobresale la acelerada caída de la fecundidad, especialmente desde mediados de la década de los 60, que fue precedida por la reducción sostenida de la mortalidad desde finales de la primera mitad del siglo veinte (20), lo que hoy se refleja es una esperanza de vida al nacer de setenta y dos años (72), Ocho años más alta que la del conjunto de las regiones en desarrollo.

La transición demográfica ha sido acelerada, pero mantiene rasgos de homogeneidad dentro de los países; con todo, a nivel regional ha conllevado grandes cambios; la disminución de la dependencia demográfica y el envejecimiento de las poblaciones. Mientras que la primera contribuye a una holgura demográfica en el mediano plazo. El segundo es, definitivamente una fuente de enorme desafíos para las sociales, pues la proporción y el número absoluto de personas de sesenta años y más se incrementará sostenidamente en los próximos decenios y la velocidad de cambio de esta población será entre tres y cinco veces mayor que el de la población total en los periodos 2000 – 2025 y 2025 – 2050 y uno de cada cuatro latinoamericanos será un adulto mayor.

La República Bolivariana de Venezuela, según el Instituto Nacional de Estadística (I.N.E) (2001), cuenta con una población de veinticuatro millones novecientos veinte mil novecientos dos habitantes (24.920.902) según el último censo realizado. Así mismo, el I.N.E. (2000) explica que la esperanza de vida al nacer por sexo de Venezuela entre los años 1990 – 2000 de hombres es de sesenta y nueve (69) años y de setenta y cuatro (74) para las mujeres.

Si bien las personas de edad avanzada constituyen parte importante de la población, la cual requiere mayor atención de

salud, por ser una población vulnerable. Son personas que presentan tendencia a sufrir trastornos osteomusculares debido a cambios físicos que sufre toda persona de edad avanzada. También experimentan problemas como: enfermedades crónicas que frecuentemente generan discapacidades. Requieren de servicios más complejos y de la atención multidisciplinaria, razón por la cual conviene enfatizar en la necesidad de desarrollar servicios para el logro de la atención integral de los ancianos, manteniéndolos en seno familiar ayudándolos y apoyándolos para el mayor beneficio del longevo, la familia y comunidad.

En los últimos diez años se ha podido apreciar un incremento de ingresos de paciente con traumatismos osteomusculares a instituciones hospitalarias a nivel internacional, nacional y regional, sin embargo no se cuenta con la estructura sanitaria adecuada para dar atención integrada desde su ingreso hasta el alta médica y su posterior egreso para su rehabilitación.

Para el correcto manejo del anciano con inmovilidad o con limitaciones del movimiento es importante y necesario disponer de una estructura asistencial adecuada a las necesidades particulares, que atienda al paciente desde su ingreso al centro hospitalario, en su residencia y finalmente sea reincorporado a la sociedad con ayuda de los familiares y el personal de salud.

En este sentido es importante destacar la participación de la familia en este proceso de recuperación, pues son ellos quienes deberán complementar la ejercitación una vez que el anciano sea egresado a su hogar.

Sin embargo se ha observado que el hospital Universitario de Caracas, especialmente en el servicio de traumatología, los ancianos

permanecen por largo tiempo encamados, presentado complicaciones propias de la inmovilidad entre las que se destacan las úlceras por presión, problemas respiratorios, cardiovasculares, entre otros. Así mismo una vez que estos pacientes egresan a su hogar, los familiares manifiestan su preocupación por el cuidado del paciente, en especial en lo referente a la rehabilitación física del mismo, pues según manifiestan desconocer como realizar los ejercicios y la movilización del mismo.

En este sentido y de acuerdo a lo antes planteado, surge la necesidad de realizar una investigación con el propósito de proponer un programa de capacitación sobre las medidas de rehabilitación del anciano con trastornos osteomusculares, dirigidos a los familiares. Unidad Clínica de Traumatología del Hospital Universitario de Caracas en el periodo Febrero - Octubre 2005.

1.2 Objetivos:

1.2.1 General:

Proponer un programa de capacitación sobre las medidas de rehabilitación del anciano con trastornos osteomusculares, dirigidos a los familiares. Unidad Clínica de Traumatología del Hospital Universitario de Caracas.

1.2.2 Específicos:

- Identificar la información que poseen los familiares sobre las medidas de rehabilitación de los ancianos con trastornos osteomusculares.
- Diseñar el programa de capacitación sobre las medidas de rehabilitación de los ancianos con trastornos osteomusculares.

- Determinar la factibilidad del programa de capacitación sobre las medidas de rehabilitación de los ancianos con trastornos osteomusculares, dirigidos a los familiares.

1.3.- Justificación

Los problemas de la movilidad en un adulto de edad avanzada pueden tener consecuencias físicas y fisiológicas graves y de largo alcance. La capacidad de moverse y de cuidar de uno mismo puede representar la diferencia entre la independencia o la dependencia, o la de permanecer en su propia casa o ingresar a una institución. La movilidad no afecta solamente al sistema músculo esquelético, sino también a la nutrición, la excreción, la circulación y la integridad de la piel, entre otras.

El estudio planteado será de utilidad a los profesionales de enfermería que trabajan con ancianos encamados, pues permitirá conocer el trabajo que realiza el familiar de dicho paciente en pro de su seguridad, lo que además le permitirá proponer alternativas de solución dentro de un contexto real.

El programa de capacitación sobre las medidas de rehabilitación del anciano con lesiones osteomusculares, permitirá mantener a los familiares de los ancianos entrenados en cuanto a la rehabilitación del mismo, lo que generará mejoras en cuanto al cuidado del anciano basado en una educación formal. Igualmente puede brindar herramientas para identificar situaciones que puedan transformarse en problemas y así evitar complicaciones en los ancianos encamados.

La elaboración del programa de capacitación sobre las medidas de rehabilitación del anciano con lesiones osteomusculares,

favorecerá al propio geronte, porque recibirá cuidados de sus familiares de forma integral y de calidad de acuerdo a sus necesidades y/o problemas evitándose así complicaciones y logrando una incorporación rápida a la sociedad.

Por otro lado, el estudio será de utilidad para el propio hospital, pues pudiera convertirse en un generador de políticas dirigidas a la disminución de los índices de morbi-mortalidad del anciano por la inmovilidad física prolongada.

Finalmente, el estudio proporcionará un marco de referencia a futuros estudios, difundiendo información sobre las medidas de rehabilitación del anciano con lesiones osteomusculares, igualmente podrá introducir cambios en la conducta de los familiares en cuanto al cuidado del anciano y con ello lograr el objetivo prioritario que es la recuperación del anciano, minimizando la estadía hospitalaria y reducir las complicaciones propias de la inmovilidad prolongada.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1.- Antecedentes

Bello, A. Rodríguez, Z. Torrealba, S. (1999). Realizaron una investigación que estuvo centrada en determinar la atención de enfermería en la satisfacción de las necesidades fundamentales del anciano con fractura de cadera en el servicio de traumatología del hospital “Dr. Raúl Leoni” de San Félix. El tipo de estudio fue descriptivo con diseño transversal y prospectivo. La población estudiada estuvo constituida por un total de 14 enfermeras que laboran en el servicio de traumatología en el Hospital “Dr. Raúl Leoni” de San Félix y 24 pacientes ancianos, hospitalizados con fractura de cadera, con más de 65 años de edad, el 100% de la población de enfermeras y 50% de los pacientes ancianos. Los resultados evidenciaron con relación a las respuestas de las EAD, que el 43% se ubicó en alguna vez con respecto a la satisfacción de la necesidades biofisiológicas, el 43% se ubicó en casi siempre en las necesidades psicosociales, y un 42% contestó casi siempre en las culturales y espirituales, y según respuestas de los ancianos, el 42% que no se satisfacen sus necesidades biofisiológicas, en las necesidades psicosociales el 74% respondió que no y el 70% consideró que no con relación a las necesidades culturales y espirituales. De tal manera que esta información permitió proponer alternativas de solución para el problema planteado.

Urbina de Méndez, A. (1995). Realizó un estudio con el objetivo de determinar el rol de la enfermera en la satisfacción de las necesidades sociales del anciano en la unidad gerontológico Dr. Joaquín Quintero Quintero de Caricuao, Caracas; fue una

investigación de tipo descriptiva, que enfatiza las múltiples necesidades sociales que afectan al anciano tales como: aislamiento, seguridad, protección, alimentación, vivienda, amor y autorrealización, las cuales deben ser satisfechas, para esto es de gran importancia el trabajo realizado por las profesionales de enfermería en sus diferentes roles asistencial, administrativo, docente e investigación enmarcado dentro de la teoría de Martha Rogers y utilizando el proceso de atención de enfermería como sistema de trabajo.

Acosta, L. Jiménez, M. Pariche. (2003). Realizaron una Investigación que tuvo como finalidad proponer un programa educativo dirigido a los familiares sobre la atención que se le debe proporcionar al adulto mayor institucionalizado en la unidad gerontológica Dr. José Gregorio Hernández Gómez de Barcelona estado Anzoátegui. La fundamentación teórica se sustentó en los planteamientos sobre la satisfacción de necesidades de Maslow, dirigidas al aspecto biopsicosocial, así como las ideas expuestas por otros autores en torno al tema. La Investigación según su propósito se ubica en los estudios proyecto factible sustentado en un diseño de campo. La población estuvo conformada por los familiares de adultos institucionalizados y el personal profesional que labora en dicha institución. Los resultados de la investigación permitieron concluir que el longevo en el aspecto biológico, psicológico y social no es atendido satisfactoriamente por los familiares al realizar la visita, lo cual ameritó el diseño de la propuesta planteada.

De todas estas investigaciones realizadas podemos concluir que: nos sirven de apoyo para la investigación que se esta desarrollando, pues ha servido para nutrir y confirmar que se puede manejar un programa para satisfacer las necesidades de conocimiento desde el punto de vista de un programa de

orientación hacia los familiares de los ancianos que presentan problemas de movilidad.

2.2.- Bases Teóricas

Envejecimiento

El término anciano es algo ambiguo en la época actual. Una manera de determinar la longevidad de una persona es haciendo ciertas evaluaciones: intelectuales, físicas y sociales que cada uno posee. Sea como fuere todos los ancianos poseen varias características en común. En este trabajo se van a considerar entre otras: nivel de socialización e interrelación con su medio ambiente, nivel de recuperación y reinserción en la sociedad. Todas estas características nos van a evidenciar las limitaciones que presenta el anciano para su adecuado desenvolvimiento biopsicosocial y como podemos direccionar la ayuda a estas personas.

La vejez es un concepto impreciso y su realidad es difícil de percibirlo no hay nada más fluctuante que las fronteras de la vejez, es un complejo fisiológico, psicológico y social.

No parece posible normalizar los conceptos y terminología del envejecimiento de forma universal. Resultan inevitables las connotaciones ideológicas y políticas del concepto, por lo que es mejor considerarlo dentro de cada sociedad. Desde el punto de vista cultural, la vejez tiene que percibirse de forma diferente en un país de esperanza de vida al nacer de 34 años que en otro con una esperanza de vida al nacer de 77 años, o en ciudades cuyas poblaciones habitan en viviendas hacinadas o en casas de lujo. A pesar de todo, para que los datos sean comparables, hay que emplear un sistema cronológico para definir la población anciana. En países

de tercer mundo se está considerando el límite inferior de 60 años para definir el inicio de la ancianidad.

Trastornos osteomusculares en ancianos

Las fracturas y particularmente, la fractura de caderas, es una patología de creciente importancia en las personas de edad avanzada, tanto por las consecuencias que ella implica, como por los importantes costos sociales y económicos provocados.

La fractura de cadera es la porción más cercana al tronco del hueso fémur. Se puede romper tanto dentro, como por fuera de la articulación con los huesos iliacos. Cabe señalar, que estas articulaciones soportan todo el peso del resto del cuerpo, por lo tanto son el apoyo imprescindible para poder caminar.

Existen muchos factores que influyen para que un hueso se fracture. Podríamos separar dos grandes grupos, siendo el primero la resistencia del hueso y el segundo, la energía que aplica que se rompa:

La resistencia del hueso está determinada fundamentalmente por la masa ósea, es decir la cantidad de huesos de buena calidad, que tiene que ver con la densidad mineral que éste posea.

Se estima que en la tercera década de la vida, se llega al máximo nivel de masa ósea, y de ahí en adelante se pierde paulatinamente hasta la menopausia, en el caso de las mujeres, y sobre los 70 años en los hombres, donde la pérdida es mucho más acentuada.

De tal modo que mientras mayor sea la reserva, más resistencia tendrá el hueso de recibir golpes. Lo anterior está vinculado de alguna forma con la osteoporosis enfermedad propia de los adultos mayores, en la que se pierde el calcio de los huesos, se hacen frágiles y más propensos a romperse.

Sin embargo, en las personas mayores, tan importante como la calidad del hueso se le dan a éste. Por eso las caídas, son un factor esencial en el riesgo de padecimiento de problemas de cadera. Los ancianos se caen por muchas causas, desde las alteraciones por cadera defectuosa, la falta de equilibrio, entre otros. Hasta los accidentes producto de barreras como las escaleras sin pasamanos y sin antideslizantes, los desniveles de la casa, iluminación nocturna para concurrir las áreas de la vivienda.

La OMS (1998), hace referencia a que las mujeres tienen 3 veces más fracturas que los hombres, siendo el sexo femenino por lo tanto más propenso. También influye la raza, pues la gente de raza negra tiene mayor resistencia que la de la raza blanca.

La edad, como ya se había expuesto, es un claro elemento asociado a la presentación de fracturas pues a mayor edad mayor es el riesgo, y esto es para ambos sexos.

Además existe una mayor susceptibilidad para fracturarse en mujeres que tengan antecedentes familiares de fracturas de cadera. La osteoporosis y las caídas de cualquier origen, completan el círculo en la producción de fracturas.

La inmovilidad y sus consecuencias en la persona mayor

Kane, R (2001) explica que la inmovilidad es una vía común a través de la cual muchas enfermedades y trastornos del anciano producen discapacidad. Aunque con frecuencia es imposible prevenirla, muchos de sus efectos adversos pueden evitarse. Las mejorías relativamente pequeñas en la movilidad pueden reducir la incidencia y gravedad en las complicaciones, mejorar el bienestar del paciente y facilitar el trabajo a las personas que lo atienden.

El autor antes menciona que entre las causas frecuentes de la inmovilidad, están:

-Trastornos músculo esqueléticos.

Artritis

Osteoporosis

Fracturas

Problemas podiatricos

-Trastornos neurológicos

A.C.V.

Parkinson.

-Enfermedad cardiovascular.

Insuficiencia cardiaca congestiva.

Angina.

Enfermedad vascular periférica.

-Enfermedad pulmonar.

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

-Factores sensoriales.

Daño visual.

Tumores.

-Causas ambientales.

Inmovilidad forzada. (Hospitalización)

-Otros.

Desnutrición.

Temor.

Depresión.

Efectos secundarios medicamentosos.

Kane, R (2001) explica que la inmovilidad produce complicaciones en casi todos los órganos y sistemas importantes, tales como:

-Piel.

Ulceras por presión.

-Musculoesqueléticas

Atrofia muscular.

Contracturas.

Pérdida ósea.

-Cardiovascular

Falta descondicionamiento.

Hipotensión ortostática

Trombosis venosa.

-Pulmonares

Descenso de la ventilación.

Atelectasias.

Neumonía.

-Gastrointestinales.

Anorexia.

Estreñimiento.

Compactación fecal.

Encopresis.

-Genitourinarias.

Infecciones urinarias.

Retención de orina.

Calculo vesical.

Incontinencia

-Metabólicas.

Alteración de la composición corporal.
Equilibrio nitrogenado negativo.
Alteración de la tolerancia a la glucosa.
Farmacocinética anormal de los medicamentos.

-Psicosociales

Privación sensorial.
Demencia o delirio.
Depresión.

Para realizar un diagnóstico diferencial del tipo de inmovilidad es necesario realizar una valoración, al respecto Kane, R (2001), sostiene que se debe realizar:

-Anamnesis

Naturaleza y duración de la discapacidad que causa la inmovilidad.

Problemas médicos que contribuyan a la inmovilidad.
Fármacos que logran afectar la inmovilidad.
Motivación y otros factores psicológicos.
Ambiente.

-Exploración física

Piel.
Estado Cardiopulmonar.

-Valoración músculo – esquelética.

Fuerza y tono muscular.
Rango y tono muscular.
Rango de movimiento articular.
Deformidad y lesión en los pies.

-Deficiencia neurológica.

Deficiencia al enfocar.
Evaluación sensorial y perceptiva.

-Niveles de movilidad

Movilidad en la cama.

Capacidad para trasladarse.
Movilidad en silla de ruedas.
Equilibrio de pie.
Marcha. Ibid Pag 219

Stab, A y Hodge, L (1998), sostienen que cuando se estudia la inmovilidad en el anciano se debe estudiar las caídas en el hogar. Estas tienen un origen multifactorial. Entre las causas más frecuentes se encuentran problemas físicos, factores del entorno y medicamentos. El paciente de edad avanzada que ha ingresado a un hospital presenta un riesgo muy elevado a sufrir caídas. Estos pacientes por lo general presentan trastornos y suelen estar concientes y ubicados cuando se caen.

Por su parte la Oficina Panamericana de la Salud (OPS, 1990), hacen mención a que de 30% a 50% de los ancianos notifican haber tenido al menos una caída al año. Las caídas son la causa más común de muerte accidental en los ancianos. Cerca del 25% de los ancianos que se caen en su hogar sufren lesiones graves. No solo están las consecuencias físicas sino que además están las consecuencias psicosociales a mediano plazo; el síndrome post caída puede ser tan discapacitante como las secuelas de las fracturas, ya que un 50% de los que han sufrido caídas son temerosos de volver a caer.

Stab, A y Hodge, L (1998), mencionan que la inmovilidad puede definirse como la reducción de la capacidad para desempeñar actividades en la vida diaria por deterioro de funciones relacionadas con el sistema neuro-músculo-esquelético. Es uno de los grandes síndromes geriátricos y se debe considerar como un problema que requiere una valoración y manejo específico.

Mencionan los mismos autores que la inmovilidad aguda, entendida como el episodio de declinación rápida de la independencia en la movilidad hacia una situación de encamamiento o de vida cama-sillón durante tres días como mínimo supone una verdadera emergencia médica y requiere atención inmediata, tanto por su impacto en el pronóstico funcional, como por la elevada mortalidad que en sí conlleva. Hay estudios en los que la inmovilidad prolongada hasta los tres meses provoca un 33% de mortalidad. Existe una evidente tendencia a identificar falta de movilidad con edad avanzada. Los estudios que analizan la actitud del personal de salud frente a este problema demuestran que muy pocas veces las situaciones de inmovilidad quedan reflejadas en la historia clínica e incluso que este personal es incapaz de definir el grado de incapacidad funcional de los pacientes. En cuanto a la prevalencia, se estima que entre 15% y 18% de los mayores de 65 años tienen problemas para movilizarse por sí mismos.

Stab, A y Hodge, L (1998), menciona que la limitación de movimiento entendida como el proceso de declinación rápida de la independencia que pueda durar más de tres días, es de por sí una emergencia médica y requiere atención inmediata. Tanto en su impacto en el pronóstico funcional, como por la elevada mortalidad que en sí conlleva. Hay datos que indican que la inmovilidad relacionada con procesos patológicos resultantes de lesiones músculo esqueléticas. Son asociadas con una mortalidad de treinta y tres por ciento (33%) en los primeros tres meses y de cincuenta y ocho por ciento (58%) al año.

Existe una evidente tendencia a relacionar falta de movilidad con la edad avanzada. La realidad es que cuando se conjugan los factores de riesgo necesarios para que esto suceda, como delgadez, alcoholismo, dieta no balanceada, herencia y/o patologías

metabólicas, inevitablemente sucederá una lesión muscular o esquelética, o bien ambas.

Stab, A y Hodge, L (1998), explican que los problemas de movilidad en un adulto de edad avanzada pueden tener consecuencias físicas y fisiológicas graves y de largo alcance. La capacidad de moverse y de cuidar de uno mismo pueden representar la diferencia entre la independencia o la dependencia, o la de permanecer en su propia casa o la de ingresar en una institución. La inmovilidad no afecta solamente al sistema músculo esquelético, sino también a la nutrición, la excreción, la circulación y la integridad de la piel. Los problemas de movilidad son la causa de que los adultos de edad avanzada pierdan la confianza en sus propias capacidades y se sientan viejos. Por ello, resulta vital recuperar la movilidad y estimular a dichas personas para que utilicen las capacidades que conservan todavía. Para lograr estos objetivos, resulta esencial valorar la capacidad funcional de los adultos de edad avanzada.

Los autores antes mencionados, sostienen que la movilidad se considera un requisito previo para la independencia. La incapacidad para moverse por el entorno propio exige la presencia de otras personas que garanticen las necesidades diarias, como la higiene y el vestirse. La incapacidad para llevar a cabo las tareas del cuidado propio, como consecuencias de inmovilidad, generalmente exige que otro miembro de la familia o cuidador asuman responsabilidades nuevas, relativas al cuidado personal más íntimo. Esta situación genera un sentimiento de conflicto y un cambio de papeles para el cuidador.

Stab, A y Hodge, L (1998), hacen mención a que las personas de edad avanzada experimentan una disminución de movilidad que se debe en parte al proceso de envejecimiento. Las modificaciones

de la estructura articular, la debilidad y la rigidez muscular y el estado mental, así como otras modificaciones físicas pueden dar lugar a problemas como osteoartritis, alteraciones en el modo de andar y caídas.

Las caídas tienen un origen multifactorial. Entre las causas más frecuentes se encuentran problemas físicos, factores del entorno y medicamentos. El paciente de edad avanzada que ha ingresado a un hospital presenta un riesgo muy elevado a sufrir caídas. Estos pacientes por lo general presentan trastornos y suelen estar concientes y ubicados cuando se caen.

Explica la OPS (1990), que muchos pacientes con inmovilidad, y no solamente las originadas por accidentes cerebro vasculares o fractura de cadera, pueden beneficiarse de técnicas fisioterápicas para aumentar el rango de movimiento de sus articulaciones, reforzar la musculatura de apoyo alrededor de las mismas, mejorar el patrón de la marcha con o sin ayuda, facilitar la transferencia y la capacidad de incorporarse del sillón o de la cama, aspecto indispensable para el mantenimiento de grados razonables de independencia. La terapia ocupacional va a ser un segundo y fundamental instrumento para lograr autosuficiencia en la realización de actividades de la vida diaria y optimizar el grado de integración del paciente en su medio social habitual. Hasta en casos de inmovilidad severa puede conseguirse mejorías que, aunque a veces sean leves pueden disminuir la incidencia y la gravedad de las complicaciones, aumentar el grado de bienestar del paciente y facilitar su manejo a los que lo cuidan.

Kane, R (2001) sostiene que es posible que los cambios en el control de la postura y en la marcha desempeñen un papel importante en muchas caídas entre los ancianos. La edad avanzada se relaciona con disminución de estímulos de propiocepción, reflejos correctivos más lentos, menos fuerza muscular, en músculos importantes para el mantenimiento de la postura y aumento en la oscilación de la postura.

Este autor explica que entre las causas de caídas en los ancianos están:

-Accidentes.

Accidentes reales (tropiezos)

Interacciones entre los riesgos ambientales y factores que aumentan la susceptibilidad.

-Sincope.

-Ataques de desplome (debilidad de las piernas sin pérdida de la conciencia).

-Mareo o vértigo.

Enfermedad vestibular.

Enfermedad del sistema nervioso central.

-Hipotensión ortostática

Hipovolemia o gasto cardiaco bajo.

Alteración del retorno venoso.

Reposo prolongado en cama.

Hipotensión inducida por fármacos.

Hipotensión postprandial.

Causas farmacológicas.

Diuréticos.

Antihipertensivos.

Antidepresivos triciclicos.

Sedantes.

Antipsicóticos.

Hipoglucemiantes.

Alcohol.

-Procesos patológicos específicos.

Enfermedad aguda de cualquier tipo.

Cardiovasculares

Arritmias.

Cardiopatía valvular.

Sincope del seno carotideo.

-Causas neurológicas.

Ataque isquémico transitorio.

A.C.V.

Trastorno convulsivo.

Parkinson.

Lesiones del sistema nervioso central (LOE)

Enfermedad cerebelar

Espondilosis cervical o lumbar.

Muchos pacientes con inmovilidad pueden beneficiarse de las técnicas fisioterapéuticas para recuperar o aumentar el rango de movimiento de sus articulaciones, reforzar la musculatura alrededor de las articulaciones comprometidas, mejorar el patrón de la marcha

y facilitar la transferencia de un lugar a otro de la vivienda. Se cuenta desde la simple acción de cambio de posición en la cama hasta los masajes, ejercicios pasivos y de resistencia que se pueden ejecutar mientras el anciano este encamado y de ese modo limitar las complicaciones cardiovasculares, respiratorias, renales y gastrointestinales que se presentan ante un proceso de inmovilización prolongado superior al mes de reposo.

En cuanto a la rehabilitación del anciano, existen varias alternativas, siendo la capacitación de los familiares un aspecto de vital importancia en pro de la salud del anciano, para lo cual enfermería debe desarrollar programas de capacitación.

La Familia

La Organización Mundial de la Salud (O.M.S 1998) hace mención a que la mayoría de las personas de más de 60 años son relativamente independientes y físicamente aptas y muchas brindan ayuda a otras personas. La discapacidad y la dependencia de otras es más común entre quienes sobrepasan los 80 años; no obstante, los niveles de dependencia de las personas de edad avanzada están directamente vinculadas con factores tales como: el nivel socioeconómico y el estado de salud. La familia sigue siendo la principal fuente de sostén para los adultos de edad avanzada; y no sólo la principal fuente de sostén, sino la preferida por los ancianos y a la que acuden generalmente en primera instancia.

El mismo organismo, refiere que la familia es una institución social cuya estructura dinámica responde a una época histórica. Se trata, pues, de una unidad social sujeta a las presiones y condiciones de su entorno cultural, económico y político en un momento dado. Las personas que conforman una familia pueden compartir un mismo techo o habitar en viviendas separadas. A

pesar de las diferencias y las variaciones que se dan entre las diversas unidades familiares, la familia cumple funciones básicas para el grupo social y para las personas, tales como: las de reproducción, socialización, cuidados, protección de sus miembros, cooperación económica y la satisfacción de necesidades básicas.

Finalmente la O.M.S (1998) explica que la familia brinda apoyo de tipo social, funcional, económico o material y afectivo; esta asistencia toma formas tales como la ayuda en tareas domésticas, de aseo y otras actividades de la vida diaria, la compañía y el apoyo afectivo en tiempos normales y de crisis, el transporte o el acompañarlos a diversos lugares, el suministro de información, la provisión o procuramiento de artículos o servicios necesarios para el diario vivir, al igual que de medicamentos, asistencia en caso de enfermedad, e inclusive asistencia económica. El tipo y la cantidad de ayuda recibida de los hijos están asociados a factores como la proximidad residencial, el estado civil, la salud y necesidades del anciano, el ingreso económico de los padres de edad avanzada y de sus hijos adultos, los lazos afectivos y el sexo de los hijos. La reciprocidad y empatía que puede encontrarse en amistades y parientes de edad similar y que también estén adaptándose a tan estresante situación o hayan pasado por ella, lleva a intensificar o a entablar relaciones con aquellos.

Programas de Capacitación

En cuanto a los programas de capacitación, Kozier, Erb y Bufalino (1998) señalan: “Un programa de capacitación se diseña para elevar el conocimiento o habilidades de los individuos”. (p.15) De acuerdo a lo planteado, los programas de capacitación, deben ser elaborados, utilizando estrategias educativas, buscando con esto integración entre el aprendizaje y la práctica.

Con la finalidad que la enseñanza se caracterice por ser eficaz, la misma debe configurarse como una actividad inteligente, metódica y orientada por propósitos definidos, si esto no se considera, se encontrará con algunos males que de una u otra forma debilitan la enseñanza, entre los que cabe mencionar: la rutina sin inspiración ni objetivo) y la improvisación (dispersa, confusa y sin orden).

En este sentido, surge la planificación de la enseñanza, como el proceso que asegura por una parte la continuidad y el rompimiento de la rutina y por otra parte, garantiza el proceso metódico y bien calculado de la actividad educativa hacia los objetivos definidos, es decir evitar la improvisación.

La planificación educativa o planificación de la enseñanza según Mattos (1999) es:

La previsión inteligente y bien calculada de todas las etapas del proceso educativo y la programación racional de las actividades que se dan en el mismo, de modo que la enseñanza resulte segura, económica y eficiente. Toda planificación se concreta en un programa definido de acción, que constituye una guía segura para conducir progresivamente a los receptores a los resultados deseados. (p.87)

La planificación de la enseñanza se manifiesta en una sucesión de actividades de previsión y de programación de las actividades educativas, que partiendo de lo más general y sintético se va particularizando progresivamente, llegando a los últimos pormenores concretos sobre los datos informativos que se deben enseñar, los medios auxiliares que se han de utilizar, las actividades que el facilitador y los participantes han de ejecutar y la selección de los criterios de evaluación.

La planificación es la primera etapa obligatoria de toda labor docente, pues es esencial para una buena técnica de enseñanza y para el consiguiente rendimiento educativo, el que recibe la enseñanza tiene derecho a que esta sea metódica y concienzuda, el facilitador docente tiene el deber de impartir una enseñanza cuidadosamente planificada, capaz de llevarlos a conseguir los objetivos previstos.

Mattos (1996) refiere que toda planificación educativa debe estar caracterizada por ser una unidad fundamental, es decir, que haga convergir todas las actividades en el logro de los objetivos pretendidos, los objetivos son los que configuran la unidad de las actividades docente, debe ser continua, previendo todas las etapas del proceso pautado, desde el comienzo hasta el final, otra característica se refiere a la flexibilidad que permita posibles reajustes durante el desarrollo del plan, sin quebrantar su unidad y su continuidad, la objetividad y realismo, son de igual forma características fundamentales en la planificación es decir, debe fundamentarse en las condiciones reales e inmediatas del lugar, tiempo, recursos, capacidad y preparación de los participantes, por último debe ser precisa y clara en sus enunciados con indicaciones exactas y concretas de lo que se pretende realizar.

En la elaboración de programas de capacitación, se encuentra la propuesta de Díaz (1998) propone para la elaboración de programas tres momentos básicos que son presentados cronológicamente, pero que en realidad todos influyen sobre todos.

El primer momento se refiere a la construcción de un marco referencial: Todo programa forma parte de un plan más general. Debe estudiarse, entonces el marco referencial para visualizar como se apoyan e integran los diferentes contenidos en función de ciertos

objetivos y evitar repeticiones en los mismos. Dentro del marco referencial se consideran también las determinaciones históricas, sociales, de la institución, la situación actual de los receptores de la enseñanza y de cada grupo en particular.

El segundo momento corresponde a la elaboración de un programa analítico: Como propuesta de aprendizaje, el programa establece contenidos mínimos necesarios para acreditar la materia, aunque propicia una gama de aprendizaje que superan las previsiones curriculares o se fomentan aprendizajes no previstos. Tal programa analítico puede constar de cuatro partes (1) Presentación general que explique el significado del programa; (2) La presentación de una propuesta de evaluación en términos de resultados de aprendizaje; (3) La estructuración del contenido en alguna forma (unidades, bloques, problemas; (4) Bibliografía mínima. La validez del programa analítico se fundamenta en el marco referencial y no simplemente en objetivos conductuales.

Por último el tercer momento, se refiere a la interpretación metodológica del mismo como programa guía: El programa analítico lo presenta la institución a docentes y alumnos, mientras que el programa guía es responsabilidad del facilitador y él combina la propuesta institucional con sus propias experiencias. El programa guía la parte analítica y hace un puente entre el currículo y la didáctica (campo disciplinario y una teoría de la enseñanza y aprendizaje).

En el diseño de programas de capacitación, según Sáenz (1995) se deben considerar siete dimensiones básicas de la enseñanza: Los objetivos, el encuadre, espacio temporal, los participantes, los contenidos, las estrategias didácticas y las

estrategias de evaluación. Son precisamente los siete puntos que suelen incluirse en un programa educativo institucional.

2.3.- Sistema de Variables

Variable: Capacitación de los familiares sobre las medidas de rehabilitación del anciano con trastornos osteomusculares.

Definición Conceptual:

Thompson, K (2002) “La capacitación, es una técnica de formación que se le brinda a una persona o individuo en donde éste puede desarrollar sus conocimientos y habilidades de manera más eficaz” (p.58)

Definición operacional.

Es la formación que tienen los familiares sobre la rehabilitación del anciano con lesión músculo-esquelética.

OPERACIONALIZACION DE LA VARIABLE

Variable: Capacitación de los familiares sobre las medidas de rehabilitación del anciano con trastornos osteomusculares.

Definición operacional: Es la formación que tienen los familiares sobre la rehabilitación del anciano con lesión músculo-esquelética.

DIMENSIÓN	INDICADOR	SUB. INDICADOR	ITEMS
<p>Son las actividades que debe realizar el familiar para rehabilitar al anciano con trastornos osteomusculares mediante medidas fisioterapéuticas, Kinésicas, psicológicas u de adiestramiento funcional.</p>	<p>Medidas fisioterapéuticas: Son aquellas que permiten mantener y mejorar la calidad y cantidad de la función articular</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ejercicios Pasivos • Ejercicios Activo 	<p>1-2 3-4</p>
	<p>Medidas kinésicas: se refieren a la Estimulación Cognitivo –Afectiva y motora que buscan identificar estímulos que motiven al anciano a realizar actividades; mediante el uso de lenguaje sencillo y reforzamiento positivo de la actividad, además de la prevención de lesiones en la piel.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Identificación de Estímulos • Indicaciones Sencillas • Refuerzo afectivo • Prevención de lesiones de la piel. 	<p>5</p> <p>6 7 8-9-10</p>
	<p>Medidas psicológicas: Son las acciones que cumple el familiar para ayudar al anciano a superar sus etapas de afecto, respeto, seguridad, escucha.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Afecto. • Respeto. • Seguridad. • Escucha. 	<p>11 12 13 14</p>
	<p>Adiestramiento funcional: Son las acciones que cumple el familiar para ayudar al anciano a retomar sus actividades básicas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Actividades Básicas. 	<p>15-16-17</p>

--	--	--	--

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

El presente capítulo hace referencia al diseño de la investigación; en la cual se hace mención al tipo de estudio, población y muestra, método e instrumentos de recolección de datos, confiabilidad, procedimiento para la recolección de datos y técnica de análisis.

3.1 Diseño de la Investigación

La investigación corresponde a un diseño no experimental, ya que según Hernández, R.; Fernández, C. y Baptista, P. (2003), este tipo de diseño “Es cualquier investigación en la que resulta imposible manipular variables o asignar aleatoriamente a los sujetos a las condiciones” (p. 116); en otras palabras, es la que se realiza sin manipular deliberadamente las variables.

Por consiguiente, para conocer la necesidad de capacitación de los familiares de los ancianos con trastornos osteomusculares, no se construyó ninguna situación para el estudio, sino que se observó exclusivamente el entorno existente en el Centro Hospitalario y que guarda relación con la situación estudiada.

3.2 Tipo de Estudio

El estudio está enmarcado en la modalidad de proyecto factible, apoyado en una investigación de campo, de carácter descriptivo transversal. Es un proyecto factible ya que según el Manual de Trabajos de Grado de Especialización, Maestría y Tesis Doctoral de la Universidad Nacional Abierta (2003), la investigación consiste en la “Elaboración y desarrollo de una propuesta de un modelo operativo de un problema” (p. 7).

Asimismo, es de campo porque según Muñoz, C. (2000); es una investigación “en donde la recopilación de información se realiza enmarcada dentro del ambiente específico en el que se presenta el fenómeno o hecho a estudiar, utilizando métodos específicos de recopilación de datos” (p. 6); es decir, el estudio presentó un método de investigación fundado en la recopilación de la información directamente del sitio en estudio.

Es descriptiva ya que, según Betancourt, L.; Jiménez, C. y López, T (1995), este trabajo de grado está dirigido a “determinar como es, y como está la situación de las variables que deberán estudiarse en una población” (p. 174). De igual manera es transversal ya que, según Betancourt, L.; Jiménez, C. y López, T., G. (1995), este estudio determina las variables simultáneamente en determinado momento, haciendo un corte en el tiempo, no es importante la forma en que se dan los fenómenos.

Con relación al tiempo de ocurrencia de los hechos y registro de la información, el estudio fue prospectivo, ya que se indagaron los hechos según sucedían. Los estudios prospectivos son explicados por Pardo, G y Cedeño, M (1997) como: “...Se registra la información según van ocurriendo los fenómenos” (p.135)

3.3 Población y Muestra

Uno de los aspectos más importantes dentro de la planificación de la investigación es la determinación de la población y la muestra; pues ello delimita de cierta forma, el conjunto de individuos que fueron sometidos a estudio o medición durante el desarrollo de la investigación.

Hernández, R; Fernández, C y Baptista, Pilar. (2003), señalan que “Una población es el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones” (p. 210); de tal manera que, para fines de este estudio se tiene una población de 12 familiares de ancianos hospitalizados en el servicio de Traumatología del Hospital Universitario de Caracas.

Por ser un número poblacional, abordable desde el punto de vista de los objetivos de la investigación, se seleccionó la totalidad, es decir se aplicó censo. Al respecto Vásquez, L (1996) señala que censo “Es un método para recopilar información de tal manera que se registren las variables de interés mediante observación de todos y cada uno de los miembros del universo o población establecida para el estudio dado” (p.15)

3.4 Instrumento de Recolección de Información

Para la recolección de la información requerida en el estudio, fue elaborado un instrumento; tipo cuestionario autoadministrado, el cual estuvo orientado en función de los indicadores y sub-indicadores resultantes de la operacionalización de la variable.

Al respecto, Colmenares R., Pantoja, M. y Pérez, M., (1999) señala que el cuestionario es:

Un instrumento de recopilación de datos rigurosamente estandarizado que traduce y operacionaliza determinados problemas que son objetos de investigación. Esta operacionalización se realiza por los sujetos de la encuesta, permiten estudiar el hecho propuesto en la investigación o verificar hipótesis formuladas (Pág. 70).

El instrumento estuvo dirigido a los familiares de los ancianos hospitalizados con trastornos osteomusculares y quedo constituido por 17 preguntas, con el objeto de verificar la necesidad de capacitación en relación a las medidas de rehabilitación del anciano, para ello se utilizó la modalidad de la selección simple, con tres alternativas de respuestas donde una era la correcta. (anexo A)

3. 5 Validez del instrumento

Hernández, R; Fernández, C y Baptista, Pilar. (2003), explican la validez como aquella que “se refiere al grado en que un instrumento realmente mide lo que pretende medir” (p. 243). Con respecto a la validez se obtuvo a través de “Juicio de Expertos” presentado el instrumento a expertos. (anexo B)

3.6 Confiabilidad del Instrumento

La confiabilidad se realizó mediante la aplicación de una prueba piloto a 05 familiares de ancianos con trastornos osteomusculares los

cuales no forman parte de la población en estudio, la misma fue realizada en el servicio de Traumatología del Hospital “Dr. Domingo Luciani” del Llanito.

Para establecer la confiabilidad del instrumento la encuesta piloto fue realizada mediante el método TEST – RE – TEST, lo que permitió constatar entre otras cosas la necesidad de reformular ciertas preguntas de manera más concreta. (anexo C)

3.7 Procedimiento para la Recolección de los Datos

Para la obtención de datos se realizaron las siguientes actividades:

- Elaboración del instrumento, de acuerdo a los objetivos planteados.
- Envío de correspondencia al asesor para su evaluación.
- Validación del instrumento por especialistas en el área.
- Correspondencia al Jefe de Servicio del área de estudio.
- Aplicación del instrumento.

3.8 Plan de Tabulación y Análisis

En concordancia con los objetivos planteados y según el tipo de estudio diseñado los datos obtenidos se manejaron a nivel descriptivo. Se utilizaron estadísticos descriptivos tales como: frecuencias absolutas y porcentajes, para presentar los resultados obtenidos en la aplicación del instrumento.

Los 17 ítemes que miden la variable estudiada, se agruparon según el indicador de tal modo que resultan (4) cuadros que presentan los resultados obtenidos, calificando las respuestas como correctas o incorrectas.

Cada cuadro está acompañado de una breve descripción y análisis que se apoya en las bases teóricas del estudio. Además, se ha realizado un gráfico de sectores circulares para facilitar la rápida visualización de los datos.

CAPÍTULO IV

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

En este capítulo se presentan los resultados obtenidos en la investigación, se interpretan y se analizan los resultados siguiendo los procedimientos adecuados para este estudio.

A continuación se presentan los resultados, obtenidos a través de la aplicación de la encuesta a los familiares de dichos ancianos. Para lo cual se presenta en primer término las tablas estadísticas correspondientes a cada indicador de la variable en estudio, en segundo término se analizan los datos y finalmente se presentan los gráficos a fin de ilustrar los datos obtenidos.

TABLA N° 1

Frecuencia Absoluta y Porcentual de las respuestas dadas por los familiares de los ancianos en relación al Indicador Medidas Fisioterapéuticas

ÍTEMS	CORRECTO		INCORRECTO		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
1. Ejercicios Pasivos	06	50	06	50	12	100
2. Ejercicios Pasivos	04	33	08	67	12	100
3. Ejercicios Activos	02	17	10	83	12	100
4. Ejercicios Activos	01	8	11	92	12	100

Fuente: Instrumento Aplicado. 2005.

Análisis: en cuanto a la información de los familiares sobre los ejercicios pasivos de los miembros superiores como medidas de rehabilitación, evaluado en el ítems 1 el 50% de los familiares si conocen al respecto, mientras que el otro 50% no.

En el ítems 2 donde se evaluó la información de los familiares sobre los ejercicios pasivos de los miembros inferiores en donde el 67% respondió de forma incorrecta y el 33% de forma correcta.

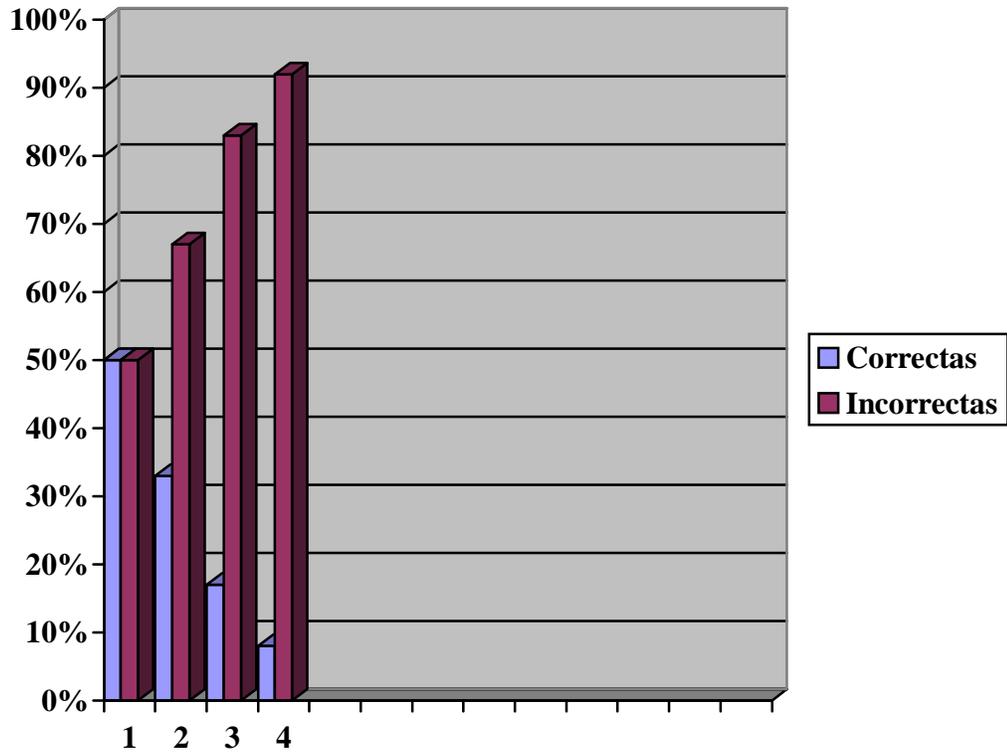
En referencia a las medidas de rehabilitación de los miembros superiores con los ejercicios activos, correspondiente al ítems 3 el 83% respondió de manera incorrecta y el 17% de forma correcta.

Finalmente, en cuanto a las medidas de rehabilitación de los miembros inferiores con los ejercicios activos, correspondiente al ítems 4 el 92% respondió de manera incorrecta y el 8% de forma correcta.

Esto quiere decir, que el anciano tiene riesgo a sufrir de lesiones articulares, musculares y óseas por falta de movilidad en los miembros superiores e inferiores. Por ende el familiar requiere manejar conocimientos sobre ejercicios pasivos y activos que ayuden al geronte a mantener la mayor capacidad e integridad posible de la función articular y muscular.

GRAFICO N° 1

Representación Gráfica de las respuestas dadas por los familiares de los ancianos en relación al Indicador Medidas Fisioterapéuticas



Fuente: Tabla N° 1

TABLA N° 2

Frecuencia Absoluta y Porcentual de las respuestas dadas por los familiares de los ancianos en relación al Indicador Medidas Kinésicas

ÍTEMS	CORRECTAS		INCORRECTAS		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
5. Identificación de Estímulos	04	33	08	67	12	100
6. Indicaciones Sencillas	05	42	07	58	12	100
7. Refuerzo Afectivo	08	33	04	67	12	100
8. Prevención de Lesiones	04	33	08	67	12	100
9. Prevención de Lesiones	05	42	07	58	12	100
10. Prevención de Lesiones						

Fuente: Instrumento Aplicado. 2005.

Análisis: En el ítems 5 evaluó si el familiar está informado sobre la importancia de identificar los estímulos para motivar a los ancianos, pudiendo conocer que el 67% respondió de forma incorrecta mientras que el 33% lo hizo de manera correcta.

En cuanto a las indicaciones sencillas que deben darse al anciano para que este haga las actividades, que fue evaluada en el ítems 6 se pudo conocer que el 67% de los familiares respondieron de manera incorrecta, y solo el otro 33% lo hizo de forma correcta.

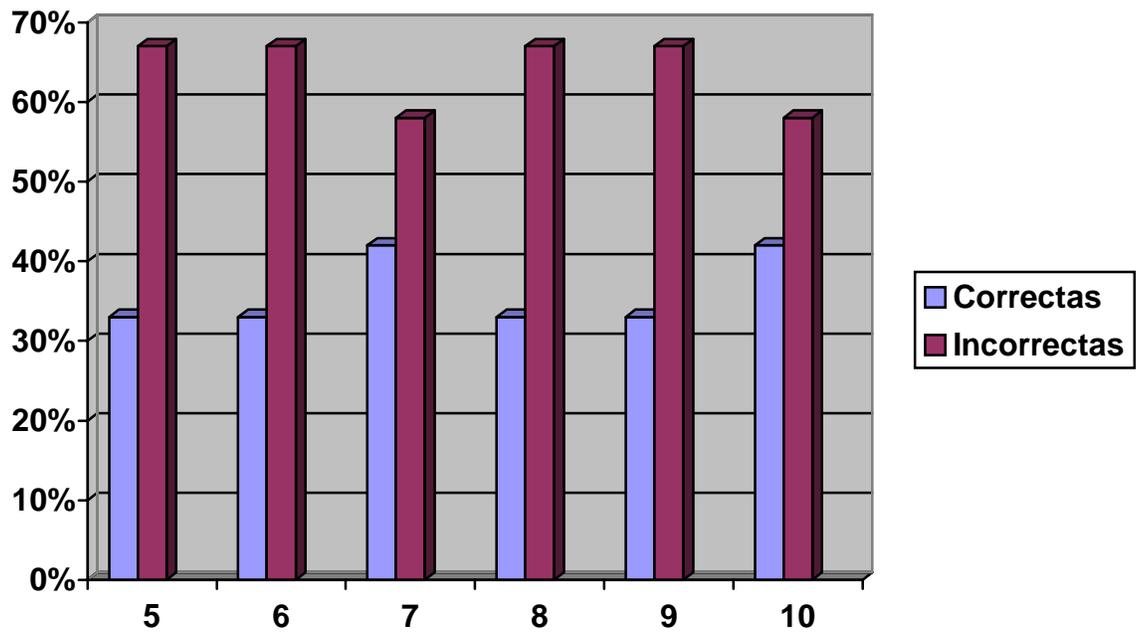
En cuanto a la información de los familiares sobre el refuerzo positivo que debe darse a los ancianos cuando este realiza una actividad, correspondiente al ítems 7 se conoció que el 58% respondió de forma incorrecta, sin embargo el 42% lo hizo de manera correcta.

En cuanto a los ítems 8-9-10, donde se evaluó lo relacionado a las medidas de prevención de lesiones en la piel en donde más del 50% de los familiares respondieron de manera incorrectas las preguntas dadas.

En este caso se ha evaluado que la mayoría de los familiares no manejan conocimientos sobre la estimulación cognitiva, afectiva y motora. Esto podría traer al anciano problemas afectivos como depresión y problemas en la piel como úlceras por presión que luego empeoraran y por ende crear una posible condición delicada de un paciente que presenta limitaciones importantes en su vida diaria.

GRAFICO N° 2

Representación Gráfica de las respuestas dadas por los familiares de los ancianos en relación al Indicador Medidas Kinésicas



Fuente: Tabla N° 2

TABLA N° 3
Frecuencia Absoluta y Porcentual de las respuestas dadas por los familiares de los ancianos en relación al Indicador Medidas psicológicas

ÍTEMS	CORRECTAS		INCORRECTAS		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
11. Afecto	04	33	08	67	12	100
12. Respeto.	05	42	07	58	12	100
13. Seguridad.	06	50	06	50	12	100
14. Escucha.	04	33	08	67	12	100

Fuente: Instrumento Aplicado. 2005.

Análisis: En el ítems 11 evaluó si el familiar está informado sobre la importancia del afecto para motivar a los ancianos, pudiendo conocer que el 67% respondió de forma incorrecta mientras que el 33% lo hizo de manera correcta.

En cuanto al respeto que debe darse al anciano para que este haga las actividades, que fue evaluado en el ítems 12 se pudo conocer que el 58% de los familiares respondieron de manera incorrecta, el 42% lo hizo de forma correcta.

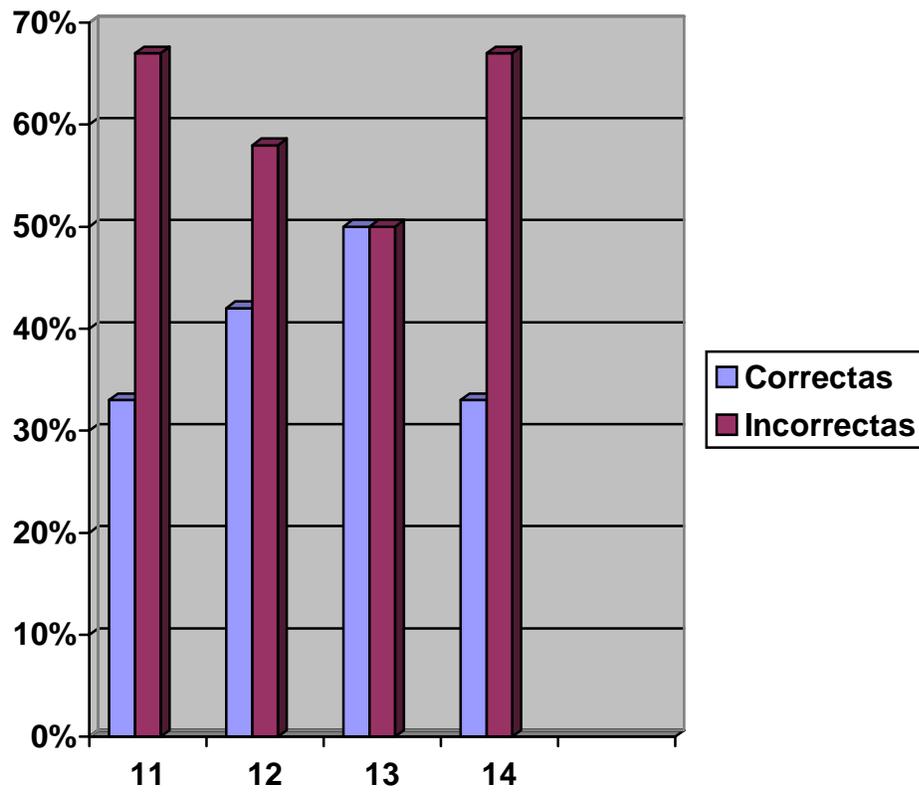
En cuanto a la información de los familiares sobre la importancia de la seguridad, correspondiente al ítems 13 se conoció que el 50% respondió de forma incorrecta, sin embargo el otro 50% lo hizo de manera correcta.

Finalmente, en el ítems 14 evaluó si el familiar está informado sobre la importancia de escuchar al anciano, pudiendo conocer que el 67% respondió de forma incorrecta mientras que el 33% lo hizo de manera correcta.

En conclusión se puede evidenciar que al no proporcionar al anciano estabilidad emocional, afecto respeto y seguridad puede traer como consecuencia disminución del autoestima, y a razón de esto ocasionarle problemas a nivel de comunicación con los familiares y no expresar sus sentimientos de manera sincera y espontánea.

GRAFICO N° 3

Representación Gráfica de las respuestas dadas por los familiares de los ancianos en relación al Indicador Medidas psicológicas



Fuente: Tabla N° 3

TABLA N° 4
 Frecuencia Absoluta y Porcentual de las respuestas dadas por los familiares de los ancianos en relación al Indicador Adiestramiento Funcional

ÍTEMS	CORRECTAS		INCORRECTAS		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
15. Actividades B.	04	33	08	67	12	100
16. Actividades B.	05	42	07	58	12	100
17. Actividades B.	06	50	06	50	12	100

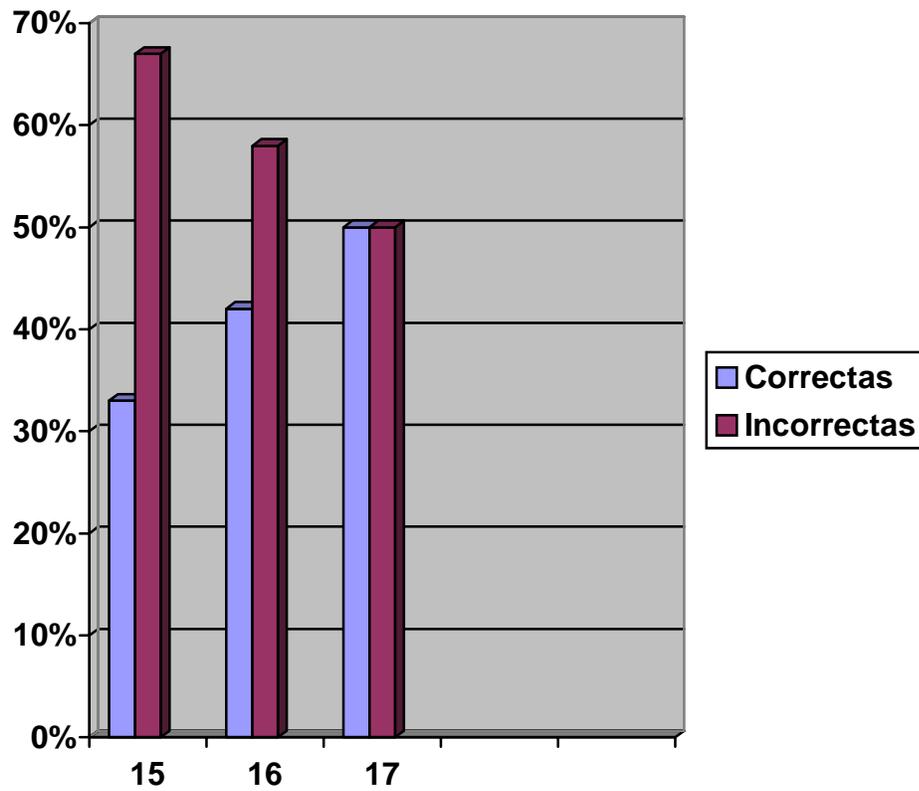
Fuente: Instrumento Aplicado. 2005.

Análisis: En los ítems 15-16-17 se evaluó si el familiar está informado sobre la manera de ayudar al anciano a retomar sus actividades de la vida diaria, pudiendo conocer que más del 50% de los familiares respondieron de forma incorrecta los planteamientos en cuestión.

Quando un familiar no conoce como ayudar al anciano a retomar la capacidad de realizar sus funciones básicas se podríamos encontrar con un paciente que va a estar encamado o limitado en sus funciones por un tiempo más prolongado y esto va a afectar su entorno psicológico y social.

GRAFICO N° 4

Representación Gráfica de las respuestas dadas por los familiares de los ancianos en relación al Indicador al Indicador Adiestramiento Funcional



Fuente: Tabla N° 4

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En el siguiente capítulo se presentan las conclusiones y recomendaciones consideradas pertinentes para la solución de la problemática encontrada y en respuestas a los objetivos propuestos en este estudio.

Conclusiones

Con base en el análisis e interpretación de los resultados obtenidos se puede concluir que:

- El mayor porcentaje de los familiares respondieron de manera incorrectas los ítems correspondientes a las medidas de rehabilitación del anciano con trastornos osteomusculares que incluían las medidas fisioterapéuticas, kinésicas, psicológicas y el adiestramiento funcional.
- Los resultados obtenidos justifican la realización de una propuesta de capacitación dirigida a los familiares de los acianos y referida a las medidas de rehabilitación que deberán ponerse en práctica para la reincorporación del adulto mayor a sus actividades de la vida diaria.

Recomendaciones

Sobre la base de los resultados y las conclusiones obtenidas, los investigadores hacen las siguientes recomendaciones:

- ❑ Informar a las Autoridades del Hospital objeto de estudio, sobre los resultados de la investigación a fin de poner en práctica acciones tendentes a la mejora de los cuidados de los ancianos por parte de los familiares.
- ❑ Poner en práctica el programa de capacitación propuesto por los investigadores.
- ❑ Incentivar al Profesional de Enfermería que ponga en práctica sus habilidades y destrezas educativas a fin de dar inicio educación para la salud, de los pacientes y sus familias sobre aspectos de interés para esta población.

CAPITULO VI
PROPUESTA DE CAPACITACIÓN
INTRODUCCIÓN

La inmovilidad física es un problema que atañe a los individuos en diferentes momentos de su vida, cuando esta afecta a los anciano, se hace mas delicada ya que trae consigo una serie de consecuencias que pueden poner en peligro la integridad del mismo.

Desde el punto de vista personal la inmovilidad física suele crear en algunos individuos una sensación de inutilidad, las personas que la sufren por lo general no logran mantenerse libre de complicaciones, motivado a la dificultad que tienen para participar en su cuidado y cumplir con sus actividades de la vida diaria, así como de conductas dirigidas al autocuidado y mantenimiento de la salud.

Considerando lo planteado se presenta a continuación un Programa de Capacitación sobre las medidas de rehabilitación del anciano con lesiones osteomusculares, dirigidos a los familiares. Unidad Clínica de Traumatología del Hospital Universitario de Caracas, el mismo se encuentra sustentado en las necesidades de información detectadas (investigación de campo) en la población mencionada.

Justificación

La propuesta del Programa de capacitación se justifica por diversas razones entre las que se pueden mencionar el hecho de que esta dirigido a una población que posee en su mayoría una información incorrecta sobre las medidas de rehabilitación del anciano con lesiones osteomusculares.

Propósito

El propósito fundamental del presente programa de capacitación es proporcionar información a la población objeto de estudio sobre las medidas de rehabilitación del anciano con lesiones osteomusculares, lo que contribuirá significativamente en prevenir complicaciones y proporcionar herramientas dirigidas a lograr una calidad de vida adecuada.

Factibilidad de la Propuesta

Administrativa: existe interés por parte del Medico Jefe del Servicio de Traumatología, para la ejecución de la propuesta quien además a ofrecido su apoyo.

Técnica: se cuenta con los recursos técnicos, tales como ambiente adecuado para la ejecución del programa, equipos audiovisuales para la proyección del material necesario, así como el recurso humano especializado que labora en el área de traumatología.

Social: con la puesta en práctica de ésta propuesta se mejorará la atención al anciano y así se logrará la integración de los familiares para así ofrecerle al anciano una mejor calidad de vida en el hogar.

Económica: no se generará el empleo de grandes costos monetarios ya que se cuenta con el personal especializado para la facilitación, solo se requiere del papel y material audiovisual para lo cual se solicitará el apoyo del departamento docente y la propia jefatura del servicio.

Objetivos de la Propuesta

Objetivo General

- Proporcionar información a los familiares sobre las medidas de rehabilitación del anciano con lesiones osteomusculares.

Objetivos Específicos

- Explicar las Medidas Fisioterapéuticas que permitan la rehabilitación del anciano con lesiones osteomusculares.
- Explicar las Medidas Kinésicas que permitan la rehabilitación del anciano con lesiones osteomusculares.
- Explicar las Medidas psicológicas que permitan la rehabilitación del anciano con lesiones osteomusculares.
- Explicar lo relacionado al adiestramiento funcional que permitan la rehabilitación del anciano con lesiones osteomusculares.

Descripción del Programa

El Programa de capacitación está conformado por cuatro (04) unidades:

Unidad I: Medidas Fisioterapéuticas

Unidad II: Medidas Kinésicas

Unidad III: Medidas psicológicas

Unidad IV: Adiestramiento funcional.

Ubicación: Hospital Universitario de Caracas.

Duración: Tres (03) horas. Distribuidas de la siguiente manera: Unidad I 30 minutos; Unidad II 30 minutos, Unidad III sesenta (60) minutos y la Unidad IV sesenta (60) minutos.

Facilitadores: Personal de Enfermería.

Recursos Humanos: Facilitadores y participantes.

Recursos Materiales: Material impreso con información concerniente al tema, transparencia, Rotafolio.

Recursos Financieros: Autogestión y colaboración del Hospital Universitario de Caracas.

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA

**PROGRAMA DE CAPACITACIÓN A FAMILIARES SOBRE LAS MEDIDAS DE REHABILITACIÓN DEL ANCIANO CON
TRASTORNOS OSTEOMUSCULARES**

Caracas

UNIDAD I: Medidas Fisioterapéuticas.

Objetivo Terminal: Al finalizar la aplicación del programa educativo sobre la rehabilitación del anciano los familiares estarán en capacidad de explicar las técnica fisioterapéuticas para mantener y mejorar la calidad y cantidad de la función articular

Objetivo Específico	Contenido	Estrategias Metodológicas	Recursos	Evaluación
1. Definir de forma clara las medidas fisioterapéuticas 2. Explicar los tipos de ejercicios	1. Medidas Fisioterapéuticas ➤ Definición. 2. Tipos de ejercicios. ➤ Ejercicios Pasivos ➤ Ejercicios Activos	Exposición del facilitador, intercambio de ideas; sobre los conocimientos adquiridos Demostración	Humanos: personal de enfermería del área de traumatología Estudiantes de enfermería U.C.V Transparencias Proyector	Redemonstración Auto evaluación Duración 30 min

UNIDAD II: Medidas Kinésicas

Objetivo Terminal: Al finalizar la aplicación del programa educativo sobre la rehabilitación del anciano los familiares estarán en capacidad de explicar las medidas kinésicas que permitan la estimulación Cognitivo –Afectiva y motora, que buscan identificar estímulos que motiven al anciano a realizar actividades.

Objetivo Específico	Contenido	Estrategias Metodológicas	Recursos	Evaluación
<p>1.Explicar de manera clara las Medidas Kinésicas</p> <p>2.Explicar de forma sencilla y clara los Tipos de Medidas Kinésicas</p>	<p>1.- Medidas Kinésicas.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Definición <p>2. Tipos de Medidas Kinésicas</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Identificación de Estímulos ➤ Indicaciones Sencillas ➤ Refuerzo afectivo ➤ Prevención de lesiones de la piel. 	<p>Exposición del facilitador, intercambio de ideas sobre los conocimientos adquiridos</p> <p>Demostración</p>	<p>Humanos: personal de enfermería del área de traumatología</p> <p>Estudiantes de enfermería de la U.C.V</p> <p>Proyector</p> <p>Laminas</p>	<p>Redemonstración</p> <p>Auto evaluación</p> <p>Duración 30 min</p>

UNIDAD III: Medidas psicológicas

Objetivo Terminal: Al finalizar la aplicación del programa educativo sobre la rehabilitación del anciano los familiares estarán en capacidad de explicar las medidas psicológicas para ayudar al anciano a superar sus etapas.

Objetivo Específico	Contenido	Estrategias Metodológicas	Recursos	Evaluación
1. Explicar de manera clara y sencilla las medidas psicológicas para ayudar al anciano a superar sus etapas.	1. Medidas Psicológicas <ul style="list-style-type: none"> ➤ Afecto. ➤ Respeto. ➤ Seguridad. ➤ Escucha 	Exposición del Facilitador, intercambio de ideas sobre los conocimientos adquiridos Demostración	Humanos: personal de enfermería del área de traumatología Estudiantes de enfermería U.C.V Proyector Láminas	Redemonstración Auto evaluación Duración 60 min

UNIDAD IV: Adiestramiento funcional

Objetivo Terminal: Al finalizar la aplicación del programa educativo sobre la rehabilitación del anciano los familiares estarán en capacidad de explicar las medidas de adiestramiento funcional para ayudar al anciano a retomar sus actividades básicas.

Objetivo Específico	Contenido	Estrategias Metodológicas	Recursos	Evaluación
1.Explicar de manera clara y sencilla las medidas de adiestramiento funcional para ayudar al anciano a retomar sus actividades básicas.	1.Medidas de Adiestramiento Funcional ➤ Actividades Básicas	Exposición del facilitador, intercambio de ideas sobre los conocimientos adquiridos demostración	Humanos: personal de enfermería del área de traumatología Estudiantes de enfermería U.C.V Proyector Láminas	Redemostración Auto evaluación Duración 60 min

BIBLIOGRAFÍA

KANE, Robert (2001) **Geriatría Clínica**. Editorial Mc. Graw Hil. Decima Edición. Mexico.

KOZIER, ERB y BUFALINO (1998). **Enfermería Fundamental: Conceptos Procesos y Práctica**. (6^a. ed.). Tomo I. España: McGraw Hill.

STAB, A; HODGE, L. (1998). **Guía para auxiliares y Cuidadores del anciano**. Editorial Mc. Graw Hill. Guadalajara.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACOSTA, L; JIMÉNEZ, M; PARICHE. (2003). **Programa Educativo dirigido los familiares sobre la atención que se le debe proporcionar al adulto mayor institucionalizado en el unidad gerontológico Dr, José Gregorio Hernández Gómez de Barcelona, Estado Anzoátegui.** Trabajo Especial de Grado que se presenta ante el área de pregrado de la Universidad Central de Venezuela para optar al título de Licenciado en Enfermería.

BELLO, A; RODRÍGUEZ, Z; TORREALBA, S.; (1999). **Estudio del nivel de satisfacción de las necesidades fundamentales de los ancianos con fracturas de cadera en el servicio de traumatología del hospital Raúl Leoni de San Félix.** Trabajo Especial de Grado que se presenta ante el área de pregrado de la Universidad Central de Venezuela para optar al título de Licenciado en Enfermería.

BETANCOURT, L; JIMÉNEZ, C. y LÓPEZ, T. (1995) **Metodología de la Investigación Modulo Auto instruccional.** Universidad Central de Venezuela. Facultad de Medicina. Escuela Experimental de Enfermería. EUS.

COLMENARES R., PANTOJA, M. Y PÉREZ, M., (1999) **Metodología de la Investigación.** Editorial Mc. Graw Hill. Segunda Edición. México D.F., México

DÍAZ (1998). **Didáctica y Currículum.** México: Paidós.

HERNÁNDEZ, R; FERNÁNDEZ, C. y BAPTISTA, P. (2003) **Metodología de la Investigación.** Editorial Mc. Graw Hill. Tercera Edición. México D.F., México.

KANE, Robert (2001) **Geriatría Clínica.** Editorial Mc. Graw Hil. Decima Edición. Mexico.

KOZIER, ERB y BUFALINO (1998). **Enfermería Fundamental: Conceptos Procesos y Práctica.** (6ª. ed.). Tomo I. España: McGraw Hill..

MATTOS, L (1999). **Compendio de Didáctica General.** (7ª. ed.). Buenos Aires: Kapelusz.

MUÑOZ, C. (2000). **Metodología de la Investigación.** Editorial Mc. Graw Hill. Primera Edición. México D.F., México

OFICINA PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS) (1990). **Informe Anual.**

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) (1998). **Informe Anual.**

PARDO, G. y CEDEÑO, M. (1997). **Metodología de la Investigación Aplicadas a la Ciencia Social.** Editorial Interamericana México

SAÉNZ (1995). **Didáctica General.** Madrid: Anaya.

STAB, A; HODGE, L. (1998). **Guía para auxiliares y Cuidadores del anciano.** Editorial Mc. Graw Hill. Guadalajara.

THOMPSON, K. (2002). **La Enseñanza y el Método Cooperativo.**
México: Asociados Mexicanos, S.A.

UNIVERSIDAD NACIONAL ABIERTA (2003) **Manual de Trabajos de Grado.**

URBINA DE MENDEZ, A; (1995). **Rol de la Enfermera en la satisfacción de las necesidades del anciano en la unidad gerontológico del Hospital Dr. Joaquín Quintero Quintero de Caricua.** Trabajo Especial de Grado que se presenta ante el área de pregrado de la Universidad Central de Venezuela para optar al título de Licenciado en Enfermería.

VÁSQUEZ, L. (1996). **Estadística. Modulo Auto instruccional.** Universidad Central de Venezuela. Facultad de Medicina. Escuela Experimental de Enfermería. EUS.