



Universidad Autónoma Metropolitana.

Unidad Xochimilco



División de Ciencias Biológicas de la Salud

Departamento de Atención a la Salud

Licenciatura en Enfermería

TRABAJO FINAL DE TITULACIÓN

**EXPERIENCIA DE FRACTURA DE CADERA DE UNA MUJER ADULTA MAYOR
CISGÉNERO: PROYECTO DE UN ESTUDIO DE CASO**

Presentan:

González Marín Miyumi Azuay

Hernández Reyes Brenda Azucena

Asesora:

Dra. Esmeralda Covarrubias

Ciudad de México, septiembre 2023

CONTENIDO

Introducción

1. Planteamiento del problema y justificación	11
2. Pregunta de investigación.....	19
3. Objetivo general.....	19
3.1. Objetivos específicos.....	19
4. Estado del arte.....	20
5. Marco conceptual.....	23
5.1. La persona adulta mayor.....	24
5.2. Fractura.....	27
5.2.1. Fractura de cadera.....	28
6. Marco teórico	30
6.1. Determinantes sociales de la salud.....	31
7. Metodología	36
7.1. Enfoque metodológico.....	36
7.2. Selección del caso.....	36
7.3. Contacto de la informante	37
7.4. Construcción de datos.....	37
7.5. Análisis.....	38

7.6. Consideraciones éticas	38
7.7. Factibilidad	39
7.8. Cronograma	40
8. Notas y referencias bibliográficas.	42
Anexos	51
Anexo 1. Clasificación de las fracturas basada en el desplazamiento	51
Anexo 2. Consentimiento informado	53

Lista de Tablas

Tabla 1. Búsqueda avanzada de artículos en diferentes bases de datos, con período de tiempo de 10 años.....	21
Tabla 2. Cronograma de actividades.....	40
Tabla 3. Clasificación de fractura de cadera.....	51

Lista de ilustraciones

Ilustración 1. El marco conceptual de los determinantes sociales de la salud.....	32
-----------------------------------------------------------------------------------	----

ABREVIATURAS

AO: Asociación de Osteosíntesis

CENIAQ: Centro de Nacional Investigación y Atención de Quemados

CDMX: Ciudad de México

CDSS: Comisión de Determinantes Sociales de Salud

DSS: Determinantes Sociales de la Salud

ENASEM: Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México

ENSANUT: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición

IMSS: Instituto México del Seguro Social

INAPAM: Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores

INEGI: Instituto Nacional de Estadística y Geografía

INR: Instituto Nacional de Rehabilitación

INSABI: Instituto de Salud para el Bienestar

ISSSTE: Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

MS/SC: Medicina social-salud colectiva

MXN: Peso mexicano

OMS: Organización Mundial de la Salud

ONU: Organización de las Naciones Unidas

PEA: Población Económicamente Activa

PNEA: Población No Económicamente Activa

TAC: Tomografía Axial Computarizada

USD: Dólar estadounidense

INTRODUCCIÓN

El presente proyecto de investigación se enfoca en indagar sobre las experiencias de las fracturas de cadera en la población adulta mayor, en particular en una mujer cisgénero¹, puesto que, el riesgo de caídas es en parte, el resultado de los cambios al irse incrementando la edad, siendo las fracturas una de las principales consecuencias.

Nos interesó abordar este tema puesto que, durante nuestro año de pasantía de servicio social (agosto 2022 - julio 2023) en el Instituto Nacional de Rehabilitación (INR)² “Luis Guillermo Ibarra Ibarra”, observamos un gran número de ingresos hospitalarios de personas adultas mayores debido a una fractura de cadera.

Cuando comenzamos a buscar literatura sobre el tema nos dimos cuenta de que existe una gran cantidad de estudios que hablan sobre las fracturas de cadera en adultos/as mayores, sin embargo, en su gran mayoría, desde un enfoque cuantitativo, exponiendo incidencia, tasa de morbilidad/mortalidad, avances en tratamientos quirúrgicos, etc., pero muy pocas investigaciones se enfocan en la percepción y experiencias. En este sentido, consideramos que la metodología cualitativa era la más idónea para indagar sobre las experiencias por las que atraviesa la persona adulta mayor al sufrir una fractura de cadera. No obstante, estas aproximaciones eran novedosas para nosotras y nos llevó un tiempo comprender sus dimensiones ontológicas y epistemológicas ya que, durante nuestra formación académica, solo desarrollamos investigaciones formativas con enfoque cuantitativo.

Por lo anterior, este trabajo final se elaboró con la finalidad de cubrir con los requisitos para la obtención del título como Licenciadas en Enfermería en la Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco (UAM- X), se presenta como proyecto dado que, desafortunadamente, por cuestiones de tiempo y procesos académicos, no tuvimos la oportunidad de desarrollar la investigación, sin embargo, creemos pertinentemente que es un tema de suma relevancia e importancia para el personal de enfermería, pues consideramos que sería de gran ayuda para brindar una mejor atención a la población adulta mayor, porque conoceríamos los sentires y pensares de la persona que recibe atención dentro de alguna institución pública o privada, en cualquier nivel de atención de salud al pasar por un traumatismo de esta magnitud o cualquier otro padecimiento, además de, ayudar ya sea a los familiares o cuidadores(as) primarios(as) y así dar un cuidado en conjunto con el personal de salud.

No obstante, a pesar de no haber llevado a cabo la investigación, nuestros aprendizajes en investigación cualitativa fueron significativos, debido a que al indagar más sobre estas metodologías, nos dimos cuenta que, a diferencia de la investigación cuantitativa, existen múltiples aproximaciones como la fenomenología, el constructivismo, el sociocrítico, el interpretativo; además, nos percatamos que desde la perspectiva de este tipo de metodologías, la realidad no se puede traducir a números, es decir, los datos se construyen e interpretan y es así como nos acercamos a las percepciones y significados de las experiencias de las personas.

Ahora bien, el estudiar sobre investigación cualitativa, nos hizo ver la complejidad de llevar a cabo un estudio como este, por tanto, como bien menciona Hernández et al.³,

dentro de sus características, el/la investigador(a) plantea un problema, sin embargo, este se va definiendo en el proceso. Asimismo, aunque la pregunta de investigación se define de inicio, puede modificarse durante el desarrollo de trabajo de campo y, van de lo particular a lo general, además, el enfoque no es estandarizado ni completamente determinado, sino se basa en métodos de recolección, ahora bien, el análisis se obtiene a través de las perspectivas y puntos de vista del participante, por lo que estos pueden ser aspectos subjetivos, emociones, prioridades, experiencias, etc. En investigación cualitativa el/la investigador(a) obtiene datos expresados desde distintas formas como son el lenguaje escrito, verbal, no verbal y visual, con los que se describen y se analizan, para ser convertidos en temas relacionales, además, las preferencias personales son reconocidas, por lo tanto el investigador(a) se enfoca directamente en las experiencias que los(las) participantes tienen, sienten y/o experimentan, definiendo datos cualitativos como descripciones de situaciones, eventos, personas, interacciones, comportamiento, observando, descripciones detalladas y su funcionamiento.

A pesar de no haber tenido la oportunidad de llevar a cabo la investigación nos interesó elaborar este proyecto, puesto que tener una aproximación a esta forma de investigar nos llevó a buscar e intentar entenderla con la finalidad de poder fortalecer nuestros conocimientos en el área de la investigación, de ahí que consideramos, que es una de las herramientas esenciales para nuestro ejercicio profesional, pues consideramos que la profesión de enfermería debe encontrarse en constante actualización e innovación.

Por otra parte, con el objetivo de conocer la experiencia de una adulta mayor cisgénero al sufrir una fractura de cadera, desde el momento del traumatismo hasta su rehabilitación, que tuvo atención médica en un hospital de tercer nivel en la CDMX, se pretendía retomar el paradigma hermenéutico interpretativo, mediante un estudio de caso, el cual nos permitiría indagar en las experiencias por las que la persona atravesó mientras sufrió el traumatismo, así como también conocer y entender un poco más sobre los determinantes sociales en salud (DSS) que atraviesan la experiencia de este suceso.

El presente documento está conformado por ocho apartados en los cuales se presenta el planteamiento del problema y justificación de la elaboración e importancia de indagar en las experiencias de las personas, se prosigue con nuestra pregunta de investigación, la cual nos da paso a profundizar en el tema, a continuación prosigue el objetivo general y objetivos específicos del proyecto, pasamos a presentar el estado del arte, el cual ayuda a realizar una búsqueda de artículos por diferentes bases de datos, en este caso se utilizó Google académico encaminados y relacionados con las experiencias y fractura de cadera para ser tomados como referencia para el tema elaborado, luego de este apartado, se presenta el marco conceptual con la finalidad de adentrar o mejor dicho contextualizar al lector en los conceptos esenciales para la comprensión del tema, el siguiente apartado es el marco teórico en el cual se introduce a la fractura de cadera en personas adultas mayores, además de, la relación que tienen con las determinantes sociales según la medicina social, se prosigue al apartado de metodología en donde se presenta la selección, contacto, construcción así como el análisis de los datos recopilados para el

proyecto del estudio de caso y por último se presenta las referencias bibliográficas y notas personales.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN

En un estudio realizado en la Ciudad de México por Barrios en 2018⁴, se estimó que cada año ocurren 250,000 fracturas de cadera, el 80% de las cuales ocurren en personas mayores de 60 años, especialmente mujeres posmenopáusicas. En mujeres, la incidencia de fracturas de cadera es mayor, independientemente de su localización; estas se ven afectadas 2 a 3 veces más que los hombres, aunque la mortalidad en el primer año después de la cirugía es hasta un 26% mayor, en los hombres.⁵

Otro estudio también realizado en la Ciudad de México en 2022 por Pech, et al.⁶ se documentó que las fracturas de cadera en las personas adultas mayores ascienden a 1,725 casos en mujeres y a 1,297 en hombres por cada 100.000 habitantes lo que la hace un suceso creciente y de mayor frecuencia e incidencia en dicha población.

De acuerdo con Negrete⁷ la fractura de cadera es una de las causas más importantes de morbimortalidad en las personas adultas mayores, por tanto, supone un desafío para los sistemas de salud debido a la alta incidencia, el alto costo económico, tiempo de estancia hospitalaria, atención quirúrgica oportuna y, por último, el proceso de rehabilitación por el que atraviesan durante la enfermedad. Además, la Organización Mundial de la Salud (OMS) predijo en 2020⁵ que habrá aproximadamente 6 millones de fracturas de cadera en todo el mundo para 2050, lo que creará una mayor demanda hospitalaria.

En el estudio *Costos por la demora quirúrgica en la fractura de cadera por fragilidad* realizado por Viveros, et al. en 2021⁸ se reportó que la atención quirúrgica en fractura de cadera en México cuesta aproximadamente entre 5,803 USD y 37,636 USD, un monto que convirtiéndolo a pesos mexicanos asciende a 102,543.07 MXN, por lo tanto, no es fácilmente costeable si se toma en cuenta que el sueldo promedio de un empleado(a) en México para 2023 es de 7,520 MXN.⁹

Respecto al anterior estudio, los investigadores mencionaron que, en el año 2009, se reportó que los sistemas de salud en México gastaron un aproximado de 118,033,675 USD en la atención de la fractura de cadera, y se espera que la inversión en el tratamiento de fractura de cadera aumente en casi 4 mil millones de dólares en los próximos años.⁸

Cabe resaltar que los costos de la atención de salud incrementan debido a los días de internamiento, incluyendo el ingreso, hospitalización, medicamentos, material de osteosíntesis empleado, así como el pago de algún cuidador(a) primario(a), además, en caso de ser necesaria la utilización de algún aditamento para la marcha y en algunos casos, los costos de muerte del individuo.⁸

Tomando como punto de referencia hospitalaria el Instituto Nacional de Rehabilitación (INR), en 2008⁸ el costo de atención a la fractura de cadera fue de 1,729.85 USD (30,567.66 MXN), incluyendo el costo de la cirugía, prótesis, nueve días de hospitalización y auxiliares diagnósticos, esto sin tomar en cuenta más días de hospitalización por alguna demora quirúrgica. Por otro lado, el costo total estimado del tratamiento directo de una fractura de cadera en 2021 en el Hospital Regional León de

ISSSTE es de 124,956.59 MXN y este costo se incrementa 25,359.10 MXN por cada 48 horas el costo se incrementa.

Sin embargo, en las investigaciones que hemos revisado sobre el tema no se mencionan los costos extras por complicaciones, ya que, basado en nuestra experiencia durante el servicio social en el INR (agosto 2022- julio 2023), el costo de la atención se suele incrementa por el tratamiento de úlceras por presión, neumonías o delirium, mismas que, de acuerdo con diversos estudios¹¹ son mayores cuando existe demora quirúrgica. Además, como bien menciona Abizanda¹², al adulto mayor se le pueden atribuir diferentes comorbilidades, siendo un problema frecuente, lo que supone un factor de riesgo de eventos adversos de salud, y en caso de la persona adulta mayor con fractura de cadera, estas comorbilidades pudiera denotar cambios significativos en el tiempo quirúrgico, como es la cancelación del mismo, ya que no existe una estabilidad en dicha comorbilidad asociada de la persona con fractura de cadera, también, suelen presentar una patología sistémica relacionada con el deterioro fisiológico asociado al envejecimiento como pueden ser enfermedades cardiovasculares y respiratorias, diabetes, trastornos sensoriales o neurológicos, desnutrición, demencia, etc.⁷

Por otro lado, como lo menciona Bernal, et al.¹³, alrededor de la mitad de los adultos mayores independientes pasarán a ser parcialmente dependientes de un cuidador(a), ya sea familiar o algún(a) asistente para las actividades de la vida diaria tras sufrir la fractura e inclusive un tercio de ellos(as) puede llegar a ser totalmente dependiente. Por lo que respecta a los meses posteriores a la fractura, la propia patología asociada provocara

complicaciones e incluso la muerte tardía de muchos pacientes con demora quirúrgica de más de las 24 horas convenientes. Se espera que la mortalidad tardía este influenciada por factores patológicos (comorbilidades asociadas) y sociales, así como por el tratamiento quirúrgico oportuno en cada paciente.⁷

De acuerdo con Negrete⁷ al menos 50% de pacientes adultos mayores de 65 años necesitarán volver a su estado anterior, el 40% necesitará ayuda con algunas actividades funcionales importantes o con un andador como bastón y el 12% tendrán limitaciones algunas actividades de la vida diaria y sólo 8% dependerá completamente algún cuidador(a) primario(a).

La fractura de cadera es una enfermedad aguda y junto con la hospitalización en sí, presenta un conjunto único de riesgos para las personas adultas mayores como desnutrición, confusión, el deterioro de las actividades diarias, pérdida de esfínteres, iatrogenia a causa de los métodos cruentos hospitalarios e incluso el daños médicos inducidos por medicamentos y los problema familiares como quien se convertirá en el/la cuidador(a) primario(a) responsable, la accesibilidad y transportación de la persona para recibir atención médica.⁷

Refiriéndonos a la accesibilidad a la atención a la salud en México⁸, entre el ingreso al servicio de urgencias y la disposición para un tiempo quirúrgico, ha sido reportado una demora de hasta 140 horas en hospitales públicos contra 40 horas en hospitales privados, lo cual influye de manera significativa en el pronóstico de mayor posibilidad de aminorar la existencia de alguna secuela o deterioro motriz por un tratamiento quirúrgico no

oportuno, así como el retraso en la rehabilitación. No obstante, en muchas ocasiones, la demanda de este tipo de fractura rebasa la capacidad de la atención de las instituciones públicas de salud, llegando a sumar un 20-30% de las admisiones hospitalarias totales.¹¹

Sin embargo, aunque la afiliación a los servicios de salud en México es uno de los derechos sociales que incide positivamente en las condiciones de vida de las personas, según datos del INEGI¹⁴, al menos casi 3 millones (2,993,653) de personas adultas mayores en México no estaban afiliadas a ningún servicio de salud en 2020.

Tomando en cuenta lo anterior, un gran número de personas adultas mayores no pueden costear el tratamiento de una fractura de cadera, por no poseer alguna afiliación a servicios de salud¹⁴, es por ello que, acuden a instituciones públicas de salud, en donde la atención es gratuita, sin embargo, en la mayoría de las veces, existe una demora en la atención y un aplazamiento del tratamiento. Para reducir el riesgo de mortalidad es necesario un manejo quirúrgico oportuno, el cual, debe realizarse, por lo menos, antes de las 24 horas después de su ingreso a la unidad hospitalaria.¹¹

Sin embargo, en el caso de las personas adultas mayores, la decisión de acudir a una institución de salud no depende totalmente de ellos(as), los familiares o cuidadores(as) primarios(as), influyen de forma significativa sobre el retraso y, tal vez, incluso en el rechazo a la atención médica.¹⁵ En nuestra experiencia como pasantes de servicio social, en el interrogatorio de la historia clínica es cuando recabamos información personal con el fin de conocer el entorno de la persona, nos pudimos dar cuenta en la relación paciente y familia, si se encuentran inmiscuidos en la vida de la persona, enfermedades

agregadas, adherencias a tratamientos farmacológicos, adaptabilidad de la persona a la vivienda, conocimientos de antecedentes de caídas o lesiones, etc. Es por ello por lo que, desde el momento en el que ocurre la caída hasta acudir a una institución de salud, pasan hasta 20 días, más o menos, y al momento del interrogatorio refieren no haber acudido porque pensaron que no era grave, que lo manejaron en el domicilio, o que lo trataron con algún remedio casero, sin embargo, por no ver ningún tipo de mejoría acudían a una atención especializada, superando por mucho las 24 horas que se sugieren para una atención oportuna.¹⁶

Nuevamente retomando nuestra experiencia como pasantes de enfermería en el INR, observamos que las personas adultas mayores que sufren una caída no son llevadas a recibir una atención médica oportunamente, ya que, no se le da la importancia que merecen, y que en muchas ocasiones, a pesar del dolor que la persona siente por el impacto de la caída, no lo externa, para no sentirse una carga, puesto que, la mayor parte de las personas adultas mayores, son cuidadas por sus hijos o por familiares cercanos.¹⁶

En una investigación realizada por Giraldo¹⁷, en la cual se estudió el perfil y rol que realizaban los(as) cuidadores/familiares de ancianos en Columbia, se encontró que el parentesco de los cuidadores(as) y la persona responsable que la mayoría de los(las) cuidadores(as) eran hijas de la persona cuidada, que es el 64%. Las hermanas también son bastante numerosas, con un 13%. Quienes cuidan de sus maridos representan el 7,7%, mientras que las sobrinas, nietos y nueras, representaron cada uno un 5,1%.

Por lo tanto, la fractura de cadera acompaña diversos sentimientos y emociones, en donde no solo la persona adulta mayor sino también su familia vive una situación de crisis, ya que el cuidar a una persona con este tipo de patología representa un reto para quien toma el rol de cuidador(a) pues deberán brindar las condiciones de vida adecuadas para beneficiar a la persona adulta mayor.¹⁸

Sin embargo, aunque cuidar a una persona adulta mayor puede ser muy satisfactorio, también puede tener consecuencias negativas, ya que tener que permanecer inactivo durante al menos dos meses sin apoyar una o ambas las extremidades inferiores, puede provocar que la persona entre en un estado de dependencia, aunque en la mayoría de los casos se trata de una crisis situacional, por un cierto período, la persona responsable de su cuidado puede sentirse.¹⁸

Además, las personas que cuidan a una persona adulta mayor pueden presentar otras comorbilidades, que pueden llegar a generar agotamiento o promover al maltrato de la persona, del mismo modo, para la familia esto puede convertirse en una carga económica.¹⁴

Acompañado de cualquier proceso salud-enfermedad, la persona atraviesa por diversos cambios emocionales, así como la presencia de diferentes sentimientos y miedos por todo el proceso que conlleva la fractura de cadera. Se ha reportado que la persona experimenta: desesperación, dolor, enojo, aburrimiento, tristeza, preocupación, entre otros; a raíz de esto, se pueden desencadenar otros procesos en el estado de salud, como es el riesgo de reposo prolongado o la desviación de la fractura incluyendo que

este tipo de patología tiene un alto costo, impidiendo el desarrollo de sus actividades de la vida diaria, y deteriorando su desarrollo cognitivo y sensorial.¹⁹ Entendiendo que no existen suficientes estudios que estén orientados a entender las experiencias de personas ante diferentes eventos o sucesos, en este caso la fractura de cadera.

Como se documenta en el estudio *Percepciones y experiencias de personas que han sufrido fractura de cadera* elaborado por Aragón¹⁹, en donde la mayor parte de los participantes, expresaron que el haber pasado por una fractura de cadera les había afectado negativamente en su estado emocional, a su estado emocional de diferentes grados y de diferentes maneras pasando por desesperanza, anhelo de independencia, rabia, tristeza y pérdida de apetito las más connotadas.

Además, en comparación con la población general, durante el año previo al tratamiento hospitalario, presentan más miedo a caerse, menor capacidad para realizar actividades de la vida diaria, al igual que, menor capacidad para caminar dentro y alrededor de casa, así como el uso dependiente de aditamentos para la marcha, esto origina que permanezca más tiempo en cama con las rodillas en extensión, disminuyendo el tono muscular y la fuerza, agregándole baja en la autoestima, seguridad y capacidad física como mental a los sentimientos vividos por las personas con fractura de cadera.⁷

Por lo tanto, el camino metodológico más adecuado para realizar esta investigación es el enfoque cualitativo, ya que este reflexiona sobre una unidad, ya sea una persona, familia, grupo, organización o institución, es decir, se aproxima al significado que los individuos o grupos atribuyen a un problema social o humano, siendo un estudio de caso

el más idóneo, ya que este nos mostraría una recopilación de datos en un entorno natural acorde a la persona que será el objeto de estudio, pues estos permiten examinar en profundidad un curso, evento, actividad, procedimiento o una o más personas, además, los casos son limitados por el tiempo y la actividad, y los investigadores utilizan diferentes procedimientos de recopilación de datos para obtener información en un periodo sostenido de tiempo.²⁰

2. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN:

¿Cuál es la experiencia de una adulta mayor cisgénero al sufrir una fractura de cadera, desde el momento del traumatismo hasta su rehabilitación, que recibió atención médica en un hospital de tercer nivel en la CDMX?

3. OBJETIVO GENERAL:

Conocer la experiencia de una adulta mayor cisgénero al sufrir una fractura de cadera, desde el momento del traumatismo hasta su rehabilitación, que recibió atención médica en un hospital de tercer nivel en la CDMX.

3.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Indagar sobre:

- El entorno social y familiar de una adulta mayor cisgénero que ha sufrido una fractura de cadera.

- Las necesidades en salud, así como conocer estas, de una adulta mayor cisgénero que haya sufrido fractura de cadera.
- La forma en la que una adulta mayor cisgénero satisface sus necesidades en salud, que haya sufrido una fractura de cadera.
- Las creencias limitantes de una adulta mayor cisgénero con fractura de cadera sobre el cuidado que recibió atención en un hospital de tercer nivel en la CDMX, así como las de sus cuidadores/familiares en relación con el suceso de la fractura de cadera.

4. ESTADO DEL ARTE

Para la presente investigación se realizó una búsqueda avanzada en diferentes plataformas como: Dialnet, Cochrane, PubMed, Repositorio Institucional de la UNAM, base de datos UAM y Google académico, tomando como palabras claves: experiencias, adulto mayor y fractura de cadera. En cuanto al tiempo, en primera instancia, se decidió buscar en un periodo de 5 años, pero al no encontrar estudios que hablaran acerca de las experiencias de una persona adulta mayor tras una fractura de cadera, se realizó una segunda búsqueda considerando un lapso de tiempo de 10 años, con la cual se encontraron 2 artículos que de acuerdo con nuestros criterios se decidió incluirlos en nuestra investigación.

Tabla 1. Búsqueda avanzada de artículos en diferentes bases de datos, con período de tiempo de 10 años.			
Palabras clave	Buscador	Estudios encontrados	Enfoque metodológico
experiencias, adulto mayor, fractura de cadera	Dialnet	Artículo de revista (3) Tesis (1)	Cuantitativas
	Cochrane	Estudio (1)	Cuantitativo
	PubMed	No se encontraron resultados.	
	Repositorio Institucional de la UNAM	Tesis (1)	Cuantitativo
	Base de datos UAM	Publicaciones académicas (222) Revistas (4) Libros electrónicos (47) Publicaciones profesionales (4) Materiales de conferencias (1)	Cuantitativos
	Google académico	Aproximadamente 15,900 resultados	Cuantitativos Cualitativas
	Total, de artículos:	16,184	Cuantitativos Cualitativos

Nota: Búsqueda avanzada de artículos con la utilización de palabras claves, en un período de 10 años, colocando el nombre de la base de datos, cuantos artículos se encontraron y si fueron cuantitativos o cualitativos. Fuente: Elaboración propia.

Debido a que los estudios encontrados hablaban de la fractura de cadera desde una mirada clínica y con un enfoque cuantitativo, se consideraron solo dos estudios desde el buscador Google académico, los cuales, desde nuestro criterio, cumplen con las necesidades de este proyecto de investigación por ser estudios con un enfoque cualitativo. A continuación, se describen cada uno de ellos:

El primero estudio titulado *"Percepciones y experiencias de personas que han sufrido fractura de cadera"* por De la Chica Aragón, M. & Robles Ruiz, M. en 2015,¹⁹ tuvo como objetivo conocer las emociones que experimentaron cada participantes al haber pasado por el traumatismo de una fractura de cadera, además de indagar en sus vivencias y la relación que existe con la dependencia para realizar alguna de las actividades de la vida diaria; es un estudio de tipo cualitativo descriptivo, se utilizó una orientación teórico-metodológica a la fenomenología de acuerdo con el enfoque basado en Amedeo Giorgi. Se realizaron visitas domiciliarias, para la recopilación de información se llevaron a cabo entrevistas semiestructuradas a participantes que habían sido ingresadas en un hospital tras sufrir una fractura de cadera. Algunas temas tocados en las entrevistas realizadas fueron: la descripción sobre su experiencia durante su estancia hospitalaria, la percepción de su estado de salud dentro del sistema sanitario, como describe el dolor con la fractura de cadera, como cree que repercute en su capacidad para realizar actividades cotidianas, la afectación de la fractura a nivele emocional y con el contacto con otras personas, a partir de ello, se obtuvieron como resultados algunos temas tocando puntos como el dolor, dependencia, emociones, que surgen tras sufrir la fractura y aspectos de la rehabilitación posterior a la fractura. Contrariamente a la visión ortopédica, donde la fractura de cadera, generalmente, se considera una lesión y una ocurrencia común en la población adulta mayor, que requiere un tratamiento sin complicaciones, los resultados de este estudio muestran que los participantes reportaron la fractura de cadera como un evento desagradable, con un impacto significativo en la vida de quien la padece.

El segundo artículo titulado *"Experiencias de la persona mayor al vivenciar traumatismo de cadera, Montería, 2018"* por Babilonia García, N. & Cermeño Ballestas,

K. en 2018,²¹ con el objetivo de describir las experiencias de las personas adultas mayores al vivir el traumatismo de la fractura de cadera, es un estudio descriptivo cualitativo desde la fenomenología como orientación teórico-metodológica, mediante la aplicación de una entrevista semiestructurada, la cual, fue grabada en audio y luego transcrita en formato de Word, obteniendo como resultados que las experiencias vividas por las persona adultas mayores al traumatismo de la fractura de cadera, así como el impacto del trauma de cadera, el cual se vio que puede producir sentimientos negativos en la persona mayor; además de cómo esta vivencia quebranta su salud, afectando su entorno social, familiar, personal y económico; y cómo lo viven las personas adultas mayores en relación con su realidad y, su trascendencia de la persona mayor de esa realidad. Por lo tanto, concluyeron que, el primer impacto vivenciado por al recibir el trauma de cadera fue de fatalidad al conocer el diagnóstico, por el dolor que sentían y las implicaciones que les generaba el trauma de cadera. Para otros significó desesperanza sobre todo por no saber si podían volver a caminar. Una vez fueron dados de alta y vieron que su recuperación no era la esperada, para algunos, la actitud asumida fue de resignación. Con lo que se puede denotar que es un tema aún no muy estudiado o no muy investigado desde metodologías cualitativas.

5. MARCO CONCEPTUAL

Durante la etapa del envejecimiento se producen cambios en las funciones del cuerpo, como disminución de la masa muscular, disminución del rango de movimiento y cambios en el equilibrio y la coordinación. Es por ello que, las caídas forman parte de las

consecuencias de estos cambios en los adultos mayores, puesto que, aumenta el riesgo de caídas en esta etapa de vida y las fracturas son una consecuencia de esta última. Del mismo modo, la presencia de comorbilidades puede aumentar este riesgo.⁶

Según un estudio de Negrete⁷, la incidencia de fracturas de cadera por caídas es mayor en pacientes de edad avanzada y con mayor frecuencia en mujeres que en hombres.

Es por ello, este apartado se pretende adentrarse al tema de investigación, por lo que, desarrollaremos a continuación los conceptos relacionados con la fractura de cadera en la persona adulta mayor.

5.1. La persona adulta mayor

La etapa del envejecimiento se entiende como el resultado del paso del tiempo desde un ente biológico, el cual, se manifiesta cuando la adaptabilidad empeora, por lo que, se pueden observar consecuencias médicas, socioeconómicas, psicológicas y familiares, dado la entrada a la adquisición de enfermedades incapacitantes o limitantes y en determinado tiempo, hasta la muerte.²²

Cabe resaltar, que dichos cambios no se presentan de manera lineal, ni uniforme, además, la edad de la persona en años es relativa. Ahora bien, de los cambios biológicos, que suelen presentarse, es importante mencionar que el envejecimiento también se asocia a otras transiciones de la vida, como la jubilación, el traslado a una residencia más adecuada y la muerte de una persona en el entorno familiar y social.²³

Ahora bien, en el año 2014, la Organización de las Naciones Unidas (ONU)²⁴ estableció, que la edad en años, para que una persona sea considerada como adulto(a) mayor, es a partir de los 60 años. Dicho criterio es también utilizado por distintos programas y servicios, como son el Instituto Nacional de Personas Adultas Mayores (INAPAM) y la Secretaría de Salud, así como otras tantas instituciones.

Por otro lado, en 2022, la OMS, mencionó que la mayoría de todos los países del mundo aumentará el número y la proporción de la población de edad avanzada.²³

Es por ello, que para el 2030, se prevé que al menos 1 de cada 6 personas en el mundo tiene más de 60 años, por lo que para entonces este grupo de personas aumentará de 1.000 millones en 2020 a 1.400 millones. De igual forma, la OMS, previó que el número de personas adultas mayores en el mundo se duplicará a 2.100 millones para 2050, y el número de personas de 80 años o más se triplicará a 426 millones entre 2020 y 2050.²³

Según la nueva edición de la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo Nueva Edición (ENOEN), al cierre de 2022 había aproximadamente 17.958.707 personas mayores, lo que representa al menos el 14% de la población total del país. Desde este punto de vista, más de la mitad (56%) tiene entre 60 y 69 años.²⁵

Asimismo, para 2022, aproximadamente 33 de cada 100 adultos mayores serán económicamente activos (PEA) y 67 de cada 100 serán no económicamente activos (PNEA).²⁵

5.1.1. Atención de la Salud en México de personas adultas mayores

En México, la derechohabencia refiere el conjunto de personas que, por ley, reciben prestaciones o dinero por instituciones seguridad social, sin embargo, solo comprende un grupo de personas que cotizan o son asegurados directos, así como pensionados y familiares o beneficiarios de amos. ²⁶

Ahora bien, hablando de la población total, según datos del INEGI en 2020, al menos el 73.5% (92, 582, 812 personas) de los más de 126 millones de habitantes de México, se encuentran afiliados a algún servicio público de salud. De ellos, el 97.7% está afiliado a servicios públicos, y solo el 2.3% servicios privados.²⁷

Según la ENASEM hasta el 2015, las personas adultas mayores en México, el 90.1% estuvo afiliada a algún tipo de institución de salud y seguridad. Por mencionar el tipo de institución, al menos el 42.2% de personas adultas mayores se encontraban en afiliación con el IMSS; el 36.7% con el Seguro Popular, lo que hoy en día conocemos como INSABI; un 14.4% al ISSSTE; solo el 3.3% formaba parte de alguna institución privada; el 2.3% a PEMEX, Defensa o Marina; mientras que hubo un 1.1% de personas adultas mayores afiliadas a otro tipo de seguro. Por lo tanto, es importante mencionar que uno de los objetivos principales dentro de política pública en salud de México, es la ampliación de la cobertura en salud y seguridad social, para así poder reducir el porcentaje de personas mayores que no cuentan con ella. ²⁸

Sin embargo, diversos factores como el aumento de la esperanza de vida y la creciente prevalencia de enfermedades crónicas han aumentado la demanda de los servicios sanitarios, especialmente entre las personas adultas mayores. Esto asegura

una mayor cobertura de los servicios de atención de salud y una tendencia creciente en el uso de estos servicios.²⁸

Ahora bien, en México, hasta el 2019, el uso de los servicios sanitarios de las personas adultas mayores fue de un 11.4%; siendo una de las más altas comparándola con otros grupos de edad. Además, dentro de dicha población, las mujeres son las que más requieren de los servicios de salud, en comparación con los hombres (60% y 40%, respectivamente).²⁸

Respecto a lo anterior, consideramos importante hablar acerca de la atención de la salud y de la accesibilidad que los adultos mayores tienen a esta, puesto que, existe una relación con los determinantes sociales de la salud, en como interactúan y en base a estos, como los manejan las personas adultas mayores, las cuales, se mencionan más adelante.

5.2. Fractura

Una fractura es considerada como la pérdida de continuidad del tejido óseo en cualquier parte del cuerpo está, producida por cualquier consecuencia, ya sea por un esfuerzo excesivo, por una sobrecarga única o múltiple al hueso, o se puede producir por una lesión en las partes blandas del hueso aumentando el riesgo de que esta fractura sufra un desplazamiento, a consecuencia de esto, será necesario de la intervención quirúrgica como primera elección de tratamiento.²⁹

5.2.1. Fractura de cadera

Las fracturas de fémur proximal, más comúnmente conocidas como fracturas de cadera, han aumentado con el tiempo a medida debido a que la población adulta mayor, ha aumentado en las últimas décadas y la Organización Mundial de las Salud, predice que 2050, aproximadamente 6 millones de personas, sufrirán una fractura de cadera en el mundo entero, y como consecuencia un alza en la demanda hospitalaria tanto en sector público como privado.⁵

Además, una de las causas más frecuentes de ingresos hospitalarios, son las fracturas de cadera en adultos mayores, ya que su incidencia crece exponencialmente con la edad. Se ha documentado que las mujeres adultas mayores, son las que más se ven afectadas, puesto que, de 2 a 3 veces es mayor que en la población de hombres; pero la tasa mortalidad durante el primer año posterior a la intervención quirúrgica de la fractura de cadera es mayor en la población de hombres, hasta en un 26%.⁵

Las fracturas de cadera ocurren más frecuentemente en personas adultas mayores con osteopenia después de una caída leve. Como bien se ha ido mencionando, en México este tipo de fracturas se han convertido en un problema de salud pública, puesto que, los gastos obtenidos en el ingreso hospitalario, así como también en la rehabilitación e incapacidad laboral que generan en la persona afectada. Además, es posible que la persona con fractura sea incapaz de incorporarse de nuevo a realizar actividades de la vida cotidiana inclusive pudiera perecer durante el primer año posterior al traumatismo.³⁰

Ahora bien, para poder llevar a cabo un diagnóstico diferencial, será necesario el realizar estudios de gabinete, así como, una TAC o resonancia magnética, cabe

mencionar, que será necesaria la anamnesis y la exploración clínica, para así lograr una adecuada clasificación de la fractura y un diagnóstico concreto y definitivo.²³

Una de las clasificaciones más utilizadas de la fractura de cadera, es la anatómica, ya que, se divide según la ubicación respecto a la capsula del acetábulo, en intracapsulares y extracapsulares (anexo 1). Cabe resaltar que, dependiendo la clasificación de la fractura de cadera, se podrá dar un correcto diagnóstico, así como su tratamiento, donde radica su importancia en su evolución del paciente. En relación con lo anterior, cuando ya es reconocido el tipo de fractura y pasa por todo el proceso hospitalaria, se podrá estimar un tiempo de recuperación, sin embargo, esto puede variar en relación con múltiples factores como lo son: un adecuado apego al tratamiento e indicaciones médicas, la movilización del paciente de acuerdo con las intervenciones sugeridas por terapia física y ocupacional, así como la intervención quirúrgica a tiempo, entre otros.⁵

Por otra parte, las diferentes manifestaciones clínicas, que la persona adulta mayor con fractura de cadera pudiera presentar dolor, así como acortamiento, rotación externa y aducción del miembro pélvico afectado.

Es por ello, que el tratamiento óptico para este tipo de fractura, es quirúrgico, en el cual, lo ideal sería en un tiempo estimado, dentro de las primeras 24 a 48 horas posteriores al diagnóstico, ya que, para la persona adulta mayor, una movilización temprana, la disminución de dolor, el evitar complicaciones y prevenir el incremento de mortalidad, son importantes, puesto que, cuando el tiempo para cirugía es mayor, provocaría una mayor estancia hospitalaria y un menor a la funcionalidad previa.⁵

Ahora bien, la persona que ha con fractura de cadera, que ha decidido un tratamiento quirúrgico corre el riesgo de sufrir complicaciones, como son infecciones de la herida

quirúrgica, así como el riesgo de padecer infección en vías urinarias, de igual forma, las úlceras por presión son frecuentes, por el tiempo que la persona, permanece en una misma posición.⁵

Por todo lo anterior, la fractura de cadera en la persona adulta mayor pudiera ser considerada una eventualidad, la cual, en muchas ocasiones resulta devastadora, puesto que, afecta de manera importante tanto el equilibrio físico, así como el mental, funcional y social, los cuales, pudieran prevalecer más allá que la lesión ortopédica. Por lo tanto, la fractura de cadera podría verse como una enfermedad aguda, que, en conjunto con la hospitalización, traen una serie de riesgos para personal adulta mayor, como son la desnutrición, delirio, deterioro de las actividades diarias, pérdida del control de los esfínteres, lesiones iatrogénicas por fijaciones internas (como clavos y tornillos) utilizadas para fracturas, incluso laceraciones y problemas sociales.⁵

6. MARCO TEÓRICO

La finalidad de este trabajo de investigación es conocer las experiencias de una adulta mayor tras una fractura de cadera, por lo tanto, es de suma importancia comprender teóricamente que se entiende por experiencia, así como englobar los sentires, pensamientos, preocupaciones y necesidades de la persona adulta mayor vinculándolo con los diferentes determinantes sociales que se encuentran inmiscuidos en nuestra población, incluyendo también la atención de salud.

6.1. Determinantes Sociales de la Salud

Los Determinantes Sociales de la Salud (DSS), son un marco de referencia que a través del proceso salud-enfermedad se relaciona con las circunstancias en el que una persona puede encontrarse a lo largo de su vida, además de, como son los diferentes aspectos ajenos, ya sean personales, familiares, ambientales, sociales, económicos, políticos, culturales o religiosos.

Hoy en día se identifican dos enfoques en relación con los DSS, el primero es según la OMS, el cual nos habla que reconoce estas como circunstancias que los individuos pasan desde el momento en el que nacen hasta en el que mueren incluyendo los sistemas de salud, a su vez los clasifica en determinantes estructurales, determinantes intermedios y determinantes proximales.³¹ Por otra parte, según la medicina social las determinantes sociales tienen que ver con las necesidades sociales de la salud de los distintos grupos existentes en la población, es decir, no limitándose a los problemas de salud, sino más bien encaminarse a la gestión de la salud. En este apartado se habla de los DSS según la OMS y la medicina social/salud colectiva (MS/SC).

6.1.1. Determinantes sociales de la salud: OMS

La Comisión de Determinantes Sociales de Salud (CDSS) de la Organización Mundial de la Salud, en el año 2008, estableció que los DSS son "*las circunstancias en que las personas nacen crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana*".³²

La CDSS evidenció, que las condiciones de vida son las que determinan cómo las personas se enferman y muere y recomienda mejorar estas condiciones y combatir la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos para poder erradicar las desigualdades en salud.³³

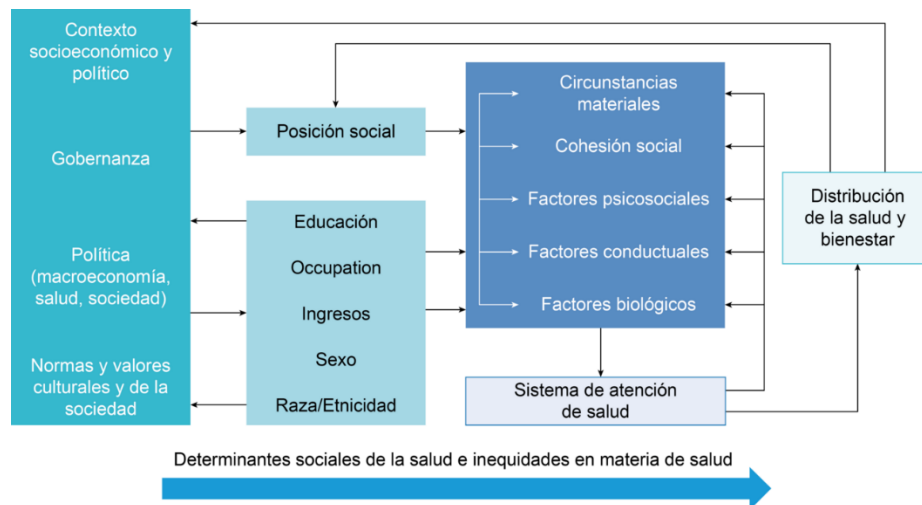


Ilustración 1. El marco conceptual de los determinantes sociales de la salud, según la OMS.³²

Ahora bien, lo que nos dice la CDSS, es el resultado de la distribución de dinero, poder y recursos, a nivel global, nacional y local, que a su vez depende de las políticas adoptadas. La desigualdad distributiva explica como las grandes disparidades en el estado de salud entre los países desarrollados y en desarrollo que incluyen aspectos económicos, sociales, regulatorios y políticos, por lo que, todos estos determinantes estan relacionados con aspectos biológicos, genéticos, individuales, familiares, sociales, ambientales, nutricionales, económicos, trabajo, culturales, de valores, educativos,

sanitarios y religiosos, cuyo principal objetivo es combinar estos aspectos a nivel del interés público.³⁴

6.1.1.1. Modelo de determinantes sociales de la OMS

Ahora bien, hablando sobre los DSS según la OMS, en donde presenta una mentalidad jerarquizada y distingue los tres determinantes son mutuamente inclusivos.³¹

1. Estructurales: se presentan como la posición de la persona, los contextos sociales, políticos, económicos y culturales, entre otros.³¹
2. Intermedios: incluye las condiciones materiales de la vida individual, familiar y comunitaria, definidas por la exposición diferencial y la vulnerabilidad de los grupos de población, como el hogar, la escuela, el trabajo o la vida social de individuo. Tomemos como ejemplo la atención sanitaria.³¹
3. Proximales: se caracteriza por factores de riesgo individuales como son enfermedades crónicas, la edad, la carga genética, el sexo y la raza. Sin embargo, categorías como son el sexo o el género pueden considerarse determinantes estructurales, por que cambian la posición social de una persona y causan desventaja social o afecta el acceso y el uso de los servicios de salud.³¹

6.1.1.2. La medicina social-salud colectiva (MS/SC)

En el caso de América Latina, a finales de los años 1960 y principios de los 1970, surge el movimiento de la Medicina Social (MS) y la Salud Colectiva (SC), bajo el contexto del pensamiento marxista, la Revolución Cubana, la lucha antiimperialista, la conquista de la soberanía popular. El accionar de dicho movimiento, es que tanto la salud como la enfermedad, deben entenderse como un proceso dialéctico, y las normas

de salud, ya sean, individuales o grupales, deben analizarse dentro del contexto social que las define.³³

A raíz de esto, los determinantes sociales, de acuerdo con la MS/SC, nos dan a entender cómo se percibe la desigualdad en salud dentro de la sociedad, refiriendo cual es la importancia de utilizar este enfoque como una posible herramienta para disminuir este desnivel que permanece dentro de la salud pública.³⁵

La salud, así como la salud pública, se han caracterizado por tener una percepción catalogada muy positivista, denotándose mayormente en las áreas de biológica y medicina, centrándose en la enfermedad y no en la que deberían de maximizar sus esfuerzos como lo es la salud, todo esto denominado "pensamiento hegemónico en salud", la cual reduce la singularidad de la determinación social de salud así de igual manera, la enfermedad y sus factores de riesgo.³⁵

La corriente de pensamiento que transmite la MS/SC está incrementando las posibilidades al referirnos a la salud como un campo disciplinar dificultoso donde cada pensamientos, saberes y habilidades son entendidos desde diferentes ejemplares o perspectivas conocimientos. Por lo que, el objetivo de MS/SC satisfacer las necesidades sociosanitarias de diferentes grupos, no solo resolver determinados problemas de salud, limitándose a determinados riesgos, ataques, enfermedades, e incluso la muerte. También cumple con su propósito que es la importancia de la organización y gestión sanitaria de cualquier servicio de salud.³⁵

La MS/SC ve la sociedad como un proceso constante de cambio debido a diversas formas de contradicción a través de las cuales las personas y los grupos buscan soluciones a sus problemas. La MS/SC proporciona conceptos de procesos de salud y enfermedad responsables de la adquisición de conocimientos y prácticas adaptadas a situaciones tales como la integración procesos históricos y dialécticas; la consideración epistemológica sobre los objetos de salud y conexiones con las ciencias sociales, con el fin de detonar una interdisciplinariedad y criticar el modelo preventivo, también, sobre las deficiencias del aparato metodológico utilizado para el análisis de los estados de salud y enfermedad, de los grupos de la epidemiología convencional, entre los más importantes.³⁵

Ahora bien, el primer generador básico de la MS/SC para comprender la salud, así como la enfermedad, es que no basta con entender únicamente a la salud y la enfermedad, sino, además los DSS que la explican en su génesis y distribución, tanto en su proceso histórico social, como en sus dimensiones individuales, pero principalmente en tanto grupos colectivos y sociedades completas, articuladas y organizadas.³⁶

La perspectiva de la determinación social de la salud-enfermedad, es mucho más que un antecedente que surgió del seno de la medicina social y la salud colectiva, está representa una ruptura de fondo con el pensamiento médico conservador, con la epidemiología tradicional y con la salud pública oficialista, por lo que, pasa a ser un encuadre epistemológico, teórico y político, lo que trae consigo una visión crítica que reconstruye la comprensión y la forma de actuar sobre lo que originalmente, se le denominó al proceso salud-enfermedad.³⁶

7. METODOLOGÍA

7.1. Enfoque metodológico

Se realizará una investigación con enfoque cualitativo basado en el paradigma hermenéutico interpretativo, mediante un estudio de caso, ya que se pretende abordar a una persona adulta mayor con fractura de cadera mediante una descripción detallada, para la comprensión profunda e interpretación contextual de la experiencia que experimenta la persona dentro del entorno habitual en el que se encuentra y vive, además de conocer como los determinantes sociales, políticas, culturales y creencias influyen en las experiencias de una mujer adulta mayor (informante) con fractura de cadera desde el accidente hasta su rehabilitación.

7.2. Selección del caso.

Una mujer adulta mayor cisgénero, puesto que está documentado que se presenta mayormente en mujeres, que en hombres⁶, además que esté pasando por el suceso de una fractura de cadera, sin importancia de lateralidad de la fractura, con un lapso de evolución no mayor a una semana y que requiera intervención quirúrgica como tratamiento de primera elección, sin algún antecedente de una enfermedad mental o algún otro padecimiento de deterioro grave de la capacidad mental, sin derechohabencia a alguna institución de salud pública, que permanezca al cuidado de un cuidador(a) primario(a) o familiar y acepte participar de forma voluntaria en el estudio.

7.3. Contacto de la informante

Se contactará a la informante por conveniencia, dado que, serán los casos disponibles a los cuales se tendría acceso, por medio de redes de apoyo familiares. Se informará sobre los fines académicos de la investigación, y será importante que tanto la informante, como el familiar y/o cuidador(a) primario(a), acepten la participación en el estudio, además de algún otro posible informante que durante el estudio desee participar, ya sea personas a su alrededor de la informante principal, se les hará llegar de igual manera la invitación formal además del consentimiento informado, a todos los participantes dentro del estudio de caso se mantendrá contacto vía telefónica o WhatsApp®.

7.4. Construcción de datos

Se realizarán las entrevistas abiertas, la que sean necesarias, ya que, se tratará de recopilar la visión mayormente subjetiva y personal de una mujer adulta mayor con fractura de cadera, tratando que la informante entregue o narre un discurso donde exprese su forma de percepción, sentires, pensares, preocupaciones y miedos generados por el suceso que está atravesando, es decir, por la fractura de cadera.

Se iniciarán las entrevistas presentándose ambas partes, además que el entrevistador nuevamente dará a conocer los puntos clave sobre la investigación, como son los objetivos y brevemente dar una introducción sobre el tema estudiado, además, se expondrá en que consiste la entrevista, que duración tendrá, asimismo, será importante preguntarle y obtener su permiso para poder grabar cada una de las entrevistas. Para

iniciar con el relato del entrevistado(a), se comenzará con una pregunta por parte del entrevistador(a) para desencadenar el discurso.

7.5. Análisis

Durante el trabajo de campo se estará realizando una bitácora de análisis, con la finalidad de comprender, así como indagar sobre la percepción de sus experiencias por parte de la informante, posteriormente se transcribirá la entrevista grabada al programa de Microsoft- Word, para trabajar el texto y finalmente construir un análisis, mediante saturación de categorías, dado que, cuando los datos se vuelven repetitivos o redundantes, los nuevos análisis confirman lo que se ha fundamentado, es por ello, que se leerá el texto una vez transcrito, se revisará repetidas veces, subrayando y anotando información significativa del entrevistado(a). Este procedimiento se deberá realizar en repetidas entrevistas realizadas con el informante, ya que es un proceso largo comprender la percepción subjetiva que tiene una persona sobre sus propias experiencias.

7.6. Consideraciones éticas

Se solicitará la participación voluntaria de una mujer cisgénero adulta mayor, para la aplicación de una entrevista abierta, con previas explicación del objeto de estudio y conservación de la confidencialidad de los datos solicitados, según un consentimiento informado (anexo 2), el cual, será proporcionado, leído y contestando a cualquier duda que surja, este deberá de ser firmado por el participante, haciendo saber su respuesta mediante el mismo medio.

7.7. Factibilidad

7.7.1. Factibilidad operativa

La persona que necesaria para la presente investigación, es una adulta mayor cisgénero que haya pasado por una fractura de cadera que cuente con un cuidador(a) primario(a).

7.7.2. Factibilidad técnica

Se necesitará de un equipo de cómputo, así como, por lo menos un teléfono móvil para permanecer en contacto con la participante, además de servir de ayuda para la grabación durante la entrevista.

7.7.3. Factibilidad económica

Para el presente estudio, no es necesario el financiamiento por alguna institución, puesto que, solamente se prevén gastos para movilidad en transporte público, y así reunirse con la participante del estudio.

7.7.4. Factibilidad temporal

Se calcula que el periodo de tiempo que en el cual se realizó la presente investigación, fue de aproximadamente 13 meses.

7.8. Cronograma

Tabla 2. Cronograma de actividades

Diagrama de GANTT

Actividades	Meses	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Elección del tema		■	■							■	■	■	■	■
Revisión bibliográfica		■	■											
Planteamiento del problema y justificación				■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Pregunta de investigación				■							■	■	■	■
Objetivos				■							■	■	■	■
Elección del marco teórico y conceptual						■			■				■	■
Metodología trabajo de campo												■	■	■
Análisis de datos														■

Redacción del trabajo														
Entrega del trabajo														

Nota: Cronograma de actividades. Fuente: Elaboración propia.

8. NOTAS Y REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Cissexual o también denominado, cisgénero, derivado del latín “*cis*” y “*sexus*” (entendido como identidad sexual) / “*generis*” (sangre, ascendencia, nacimiento...). Como tal, define a quienes se identifican con el sexo/género que les fue asignado al nacer. Disponible en: <https://www.icmujeres.gob.mx/wp-content/uploads/2020/05/Privilegio-Cissexual.pdf>
2. INR. El Instituto Nacional de Rehabilitación “Luis Guillermo Ibarra Ibarra”, es conocido por ser un centro de referencia nacional e internacional de especialidades, además, a nivel nacional, es la Institución líder en educación médica y humana altamente especializada en diversos campos como Ortopedia, Medicina de rehabilitación, Audiología y, más recientemente, Otorrinolaringología. Ahora, cuando se trata de Ortopedia, se divide en subespecialidades para lesiones como brazo, hombro, codo, columna, rodilla, cadera y pie, por lo que los pacientes reciben atención muy especializada. Por lo tanto, uno de los principales desafíos del INR es brindar servicios a los niveles más altos de inseguridad social para satisfacer las necesidades de atención de personas con discapacidad por envejecimiento y/o enfermedades crónicas. Debido a eso, la mayor demanda de atención ortopédica, el INR realizó al menos 8.525 operaciones desde el inicio de la pandemia hasta mayo de 2022, de las cuales 5.000 fueron en pacientes con lesiones por fractura. Disponible en: <https://www.inr.gob.mx/>

3. Hernández-Sampieri, R. et al. Capítulo 1. Definiciones de los enfoques cuantitativo y cualitativo, sus similitudes y diferencias. En: Metodología de la investigación. Quinta edición. México: McGraw-Hill; 2010. pp: 2-21.
4. Barrios-Moyano A, Contreras-Mendoza EG. Frecuencia de complicaciones en pacientes mayores de 60 años con fractura de cadera. Acta ortop. mex [revista en Internet]. 2018 Abr [citado 2023 ene 30] ; 32(2): 65-69. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2306-41022018000200065&lng=es
5. IMSS. Intervenciones de enfermería para la atención de adultos mayores con fractura de cadera. Guía de Evidencias y Recomendaciones: Guía de Práctica Clínica. México, Instituto Mexicano del Seguro Social [Internet] 2018 [Consultado mayo 23, 2023]. Disponible en: <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/603GER.pdf>
6. Pech-Ciau, B. et al. Fractura de cadera en el adulto mayor: epidemiología y costos de la atención. Ciudad de México, Acta ortop. [internet] 2021-2022 [Consultado mayo 30, 2023] vol.35 no.4. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2306-41022021000400341
7. Negrete, J. et al. Fractura de cadera como factor de riesgo en la mortalidad en pacientes mayores de 65 años. Estudio de casos y controles. Acta ortop. mex; Ciudad de México 2014 [Consultado mayo 19, 2023] vol.28 no. 6. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2306-41022014000600003

8. Viveros-García JC, Rodríguez-Sánchez B, Baldenebro Lugo LS, Guillermo-Nuncio EA, Nieto-Sandoval HR, Vázquez Cantero E. Costos por la demora quirúrgica en la fractura de cadera por fragilidad. Orthotips; (2021). 17 (4): 195-201.
<https://www.medigraphic.com/pdfs/orthotips/ot-2021/ot214c.pdf>
9. Glassdoor. Sueldo: Empleado en México. [Consultado Mayo 30, 2023]. Disponible en: https://www.glassdoor.com.mx/Sueldos/empleado-sueldo-SRCH_KO0,8.htm#:~:text=%C2%BFCu%C3%A1nto%20gana%20un%20Empleado%3F,a%20Glassdoor%20de%20manera%20an%C3%B3nima
10. Hospital Regional ISSSTE León. En 1983 se crea el Instituto Estatal de Seguridad en el Trabajo y Servicios Sociales del Estado de Nuevo León (ISSSTELEON) como un organismo público descentralizado con personalidad jurídica, inmuebles, órgano de gobierno propio y registro en la ciudad; el cual, proporciona prestaciones de salud, seguros de vida, seguros de riesgos profesionales, préstamos y fondos de pensiones y actividades de desarrollo personal a funcionarios públicos, así como a pensionados, jubilados y sus beneficiarios. Disponible en: https://www.isssteleon.gob.mx/indexdcf5.html?page_id=168
11. Rivera-Garza, J. Costos de la atención médico-quirúrgica en pacientes adultos mayores con fractura de cadera. UNAM-IMSS; 2014.
<http://132.248.9.195/ptd2014/febrero/0709666/0709666.pdf>
12. Abizanda Soler, et al. Evaluación de la comorbilidad en la población anciana: utilidad y validez de los instrumentos de medida. Elsevier [Internet] 2010 [Consultado agosto 24, 2023]; [Vol. 45. Núm. 4.](#) páginas 219-228. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124->

[articulo-evaluacion-comorbilidad-poblacion-anciana-utilidad-](#)

[S0211139X09002935](#)

13. Bernal Delgado, et al. Fractura de cadera como factor de riesgo en la mortalidad en adultos mayores. Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar 5(6). 2021 [Recuperado el 13 de enero de 2023]. Disponible en: <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/1284>
14. INEGI. Estadísticas a propósito del día internacional de las personas adultas mayores (1º de octubre). Comunicado de prensa núm. 547/21 29 de septiembre de 2021. [Internet] 2021 [consultado mayo 30, 2023]. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2021/EAP_ADULM_AYOR_21.pdf
15. [Kaplan](#), D. & [Berkman](#), B. Cuidado del anciano por parte de su familia. Manual MSD [Internet] 2021 [consultado mayo 30, 2023]. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es-mx/professional/geriatr%C3%ADa/aspectos-sociales-en-los-ancianos/cuidado-del-anciano-por-parte-de-su-familia>
16. Notas personales durante la pasantía en el INR, agosto 2022- julio 2023. Realizamos el servicio social de la Licenciatura en enfermería, dentro del Instituto Nacional de Rehabilitación en un periodo de tiempo de un año, durante la promoción agosto 2022- julio 2023, en donde rotamos por 4 servicios ofrecidos en el instituto de manera aleatoria. Una de las investigadoras Miyumi Marín, en el turno matutino con un horario de 8 am a 2 pm de lunes a viernes, rotando por los servicios: Clínica de catéter, Traumatología, Investigación y Urgencias, y la segunda investigadora Brenda Hernández en el turno nocturno, con veladas 3

veces a la semana de 8 pm a 8 am. rotando por los servicios de UCI, Tumores óseos y deformidades neuromusculares, Rehabilitación pediátrica y Urgencias, además de cubrir personal en otros servicios como cirugía de mano y columna, traumatología, ortopedia geriátrica, CENIAQ, entre otros.

17. Giraldo, M. Franco, A. Correa, B. Salazar, M. Tamayo, V. Cuidadores familiares de ancianos: Quiénes son y cómo asumen este rol. Rev. Fac. Nac. Salud (2005). [Citado 2023 Junio 29]; 23(2). Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X20
18. Boza-Oviedo, E. Cuidadores de personas con fractura de cadera ¿Se vive con calidad?. Revista de trabajo social [Internet] s/f [consultado mayo 30, 2023] n° 68. Disponible en: <https://www.binasss.sa.cr/revistas/ts/v30n682005/art5.pdf>
19. De la Chica, M. & Robles, M. Percepciones y experiencias de personas que han sufrido fractura de cadera. Rev Enfermería Docente [Internet] 2015 [Consultado noviembre 08, 2022] (104): 23-28. Disponible en: <https://www.huvv.es/sites/default/files/revistas/ED-104-06.pdf>
20. Creswell W., Cheryll N. Qualitative Inquiry Reserch Design. Croosing Among Five Approaches. Four Edition. [citado 15 Agosto 2023]; 165-195.
21. Babilonia, N. & Cermeño, K. (2018). Experiencias de la persona mayor al vivenciar traumatismo de cadera, Montería, 2018. Universidad de Córdoba [Internet] [Consultado noviembre 08, 2022]. Disponible en: <https://repositorio.unicordoba.edu.co/handle/ucordoba/804>
22. Izaguirre A, Delgado I, Mateo-Troncoso C, Sánchez-Nuncio HR, Sánchez-Márquez W, Luque-Ramos A. Rehabilitación de las fracturas de cadera. Revisión

- sistemática. Acta ortop. mex [revista en la Internet]. 2018 Feb [citado 2023 Feb 20] ; 32(1): 28-35. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2306-41022018000100028&lng=es.
23. OMS (2022). Envejecimiento y salud. [Consultado julio 03, 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health#:~:text=Todos%20los%20pa%C3%ADses%20del%20mundo,en%202020%20a%201400%20millones>
24. Instituto Nacional de las Mujeres (2015). Situación de las personas adultas mayores en México. Gobierno de México. [Consultado julio 03, 2023]. Disponible en: http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/101243_1.pdf
25. INEGI. Estadísticas a propósito del día internacional de las personas adultas mayores. Comunicado de prensa núm. 568/22, 30 de septiembre de 2022. [Consultado julio 03, 2023]. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2022/EAP_ADULMAY2022.pdf
26. INEGI. Población derechohabiente de las instituciones del sector público de salud por demarcación territorial del derechohabiente según institución. Diciembre 2020 (Consultado mayo 23, 2023). Disponible en: https://www.inegi.org.mx/app/cuadroentidad/CDMX/2021/05/5_2#:~:text=La%20poblaci%C3%B3n%20derechohabiente%20se%20refiere,las%20instituciones%20de%20seguridad%20social

27. Acero A, Myriam, Caro R, Ivonne M, Henao K, Liliana, Ruiz E, Luisa F, & Sánchez V, Guillermo. (2013). Determinantes Sociales de la Salud: postura oficial y perspectivas críticas. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31(Supl. 1), 103-110. Retrieved February 20, 2023, from http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2013000400012&lng=en&tlng=es
- http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2013000400012&lng=en&tlng=es
28. Secretaria de Salud CENAPRECE. Programa de Acción Especifico. Atención al Envejecimiento, 2020-2024. SSC: México. [Internet] 2021 [Consultado septiembre 11, 2023]. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/706938/PAE_PAM_cF.pdf
29. S/D. Tema 2. Fracturas. Universidad en Madrid, España. [Internet] 2014 [Consultado mayo 23, 2023]. Disponible en: <https://www.ucm.es/data/cont/docs/420-2014-02-18-02%20Fracturas.pdf>
30. Lovato-Salas, F. et al. Prevalencia de fracturas de cadera, fémur y rodilla en la Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Traumatología y Ortopedia «Lomas Verdes» del Instituto Mexicano del Seguro Social. *Acta Ortopédica Mexicana* [Internet] 2015 [Consultado septiembre 06, 2023] ; 29(1). Disponible en: <https://www.scielo.org.mx/pdf/aom/v29n1/v29n1a2.pdf>
31. Hernandez, L. et al. El modelo de la OMS como directriz de salud pública basada en determinantes sociales Bogotá; *Rev. salud pública* [Internet] 2017 [Consultado septiembre 06, 2023] vol.19 no.3. Disponible en:

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-




[00642017000300393](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642017000300393)


32. Organización Panamericana de la Salud. Determinantes sociales de la salud. Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud. [Internet] s/f [Consultado septiembre 06, 2023]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>
33. Morales-Borrero, C. et al. ¿Determinación social o determinantes sociales? Diferencias conceptuales e implicaciones praxiológicas. Rev. salud pública. [Internet] 2013 [Consultado septiembre 14, 2023]; 15 (6): 797-808. Disponible en: www.scielo.org.co/pdf/rsap/v15n6/v15n6a03.pdf
34. Alfaro-Alfaro N. (2014) Los determinantes sociales de la salud y las funciones esenciales de la salud pública social 1(1): 36-46. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/saljalisco/sj-2014/sj141j.pdf>
35. Casallas AL. La medicina social-salud colectiva latinoamericanas: una visión integradora frente a la salud pública tradicional. Rev Cienc Salud. [Internet] 2017 [Consultado septiembre 06, 2023];15(3):397-408. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.6123>
36. Sandoval-Ocaña, J. et al. Determinantes o determinación social en la comprensión de la salud-enfermedad. Una reflexión necesaria. Salud problema. UAM-X [Internet] 2020 [Consultado septiembre 14, 2023]; 27 (14) Disponible en: <https://saludproblemaojs.xoc.uam.mx/index.php/saludproblema/article/view/672>

37. Padilla, G. Clasificación de las fracturas de la cadera. Medigraphic [citado 2023 septiembre 02]; 8 (3): 140-149. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/orthotips/ot-2012/ot123d.pdf>

ANEXOS

Anexo 1. Clasificación de fracturas basadas en el desplazamiento

Tabla 3. Clasificación de fractura de cadera, según arden 1964 (Desplazamiento de fragmentos)		
TIPOS	CARACTERÍSTICAS	IMAGEN
Tipo 1: fractura incompleta o de abducción (valgo deteriorado)	El cuello estaba roto, pero los pedazos no se mueven.	
Tipo 2: fractura completa, sin desplazamiento.	Como los vasos femorales no alterados, el movimiento es mínimo y ser propenso a necrosis es baja.	
Tipo 3: fractura completa, movimiento parcial del hueso a menos del 50%.	Si se rompen los vasos sanguíneos el riesgo de necrosis es más probable.	

Tipo 4: fractura completa con pérdida de continuidad.	Perdida ósea completa con alta probabilidad de necrosis.	
--------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------

Nota: Clasificación de Garden de acuerdo con el desplazamiento de la fractura. **Fuente:** Padilla, G. Clasificación de fractura de la cadera. [internet]. Medigraphic, 8(3), 2018.³⁷



Casa abierta al tiempo



Anexo 2 Consentimiento informado

Universidad Autónoma Metropolitana.

Unidad Xochimilco

División de Ciencias Biológicas de la Salud

Departamento de Atención a la Salud

Licenciatura en Enfermería

Fecha:

--	--	--

Título del proyecto elaborado: Experiencia tras una fractura de cadera de una mujer adulta mayor cisgénero: proyecto de un estudio de caso.

Investigadoras responsables: González Marín Miyumi Azuay y Hernández Reyes Brenda Azucena.

Objetivo del estudio: Conocer la experiencia de una adulta mayor cisgénero al sufrir una fractura de cadera, desde el momento del traumatismo hasta su rehabilitación, que recibió atención médica en un hospital de tercer nivel en la CDMX.

Percances o riesgos: No se encuentra alguna conmoción en particular en el estudio, si no desea seguir en el proyecto puede retirarse en cualquier momento sin consecuencias.

Ganancia esperada: No hay ganancia o beneficio personal por ser participante. Sin embargo, los resultados nos proporcionarán datos para lograr los objetivos del proyecto.

Gastos: No hay ningún costo para participar.

Permiso para uso y distribución de información: Las únicas personas que conocerán la información recolectada, serán los responsables del proyecto y estará disponible únicamente para ellos. Los resultados serán evaluados y analizados con fines académicos, lo que significa que la información sobre los informantes no será divulgada ni utilizada para fines distintos a los especificados en este proyecto.

Dudas, preguntas y sugerencias: Si tiene alguna pregunta sobre sus derechos como informante en este proyecto, puede contactarnos al número que aparece a continuación 55 7203 7711 o al 2182032446@alumnos.xoc.uam.mx y serán respondidas a la brevedad.

Consentimiento

Acepto proporcionar voluntariamente información y participar en la investigación. He leído la información en este formato y todas mis preguntas han sido respondidas. Aunque acepto participar en este proyecto, no renuncio a mis derechos y puedo retirar y cancelar mi participación en cualquier momento.

Firma del Informante