

Cuidadores de personas con fractura de cadera ¿Se vive con calidad?

Por Eugenia Boza Oviedo*

Resumen

De la práctica realizada durante el año 2003 en el Servicio de Trabajo Social, área de ortopedia y neurocirugía del Hospital San Juan de Dios, se desprende este artículo, el cual se basa en el proyecto de grupo socioeducativo planificado y ejecutado en el segundo semestre.

En el artículo se expone la importancia de tratar el tema de la fractura de cadera, no sólo con las personas hospitalizadas, sino con quienes fungirán como cuidadoras al egreso; se señalan los principales conceptos relacionados con el tema de fractura de cadera, la importancia de la reorganización familiar y el manejo de los sentimientos, así como el papel del grupo socioeducativo en cuanto al tratamiento de este tema.

Al final se exponen las principales conclusiones a las que se llegó luego del proceso.

Introducción

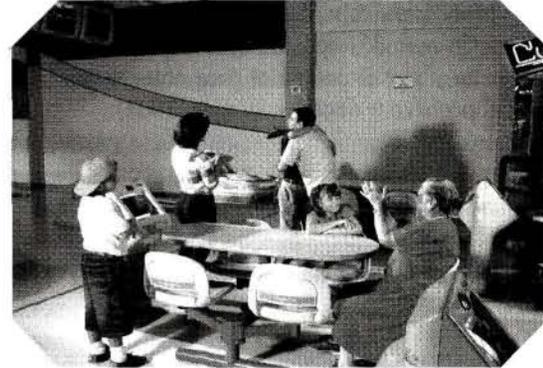
En el Hospital San Juan de Dios, Servicio de Ortopedia, las fracturas de cadera son muy frecuentes entre grupos etáreos distintos, pero principalmente entre las personas adultas mayores, quienes, frecuentemente dependen de familiares y otras redes de apoyo para su cuidado.

La fractura de cadera constituye una crisis situacional, sin embargo, las personas que la sufren deben permanecer al menos dos meses en reposo, lo que hace que sus cuidadoras(es) deban asumir una responsabilidad para con ellos(as).

Las personas en el rol de cuidadoras(es) pueden afectar su calidad de vida al tener que encargarse de una persona con fractura, por lo que la necesidad de trabajar su autocuidado es un problema prioritario. Si la calidad de vida de la persona que cuida no es la adecuada, la de la persona con fractura tampoco lo será.

Por este motivo, y sobre la base de que para brindar cuidados adecuados, los y las cuidadoras deben vivir con bienestar, se propone este artículo, basado en los resultados obtenidos en el grupo socioeducativo de

familiares y cuidadoras(es) de personas con fractura de cadera.



Qué es fractura de cadera

El término fractura se utiliza para denominar a la interrupción de la continuidad de un hueso y se define según su tipo y magnitud. Estas lesiones tienen lugar cuando el hueso se ve sometido a esfuerzos mayores de los que puede soportar. Las fracturas pueden depender de golpes directos, fuerzas aplastantes, movimientos repentinos de torsión y hasta de contracciones musculares muy intensas.

La fractura de cadera es aquella que se presenta en la porción más cercana al tronco del hueso fémur. Se puede romper, tanto dentro, como fuera de la articulación con los huesos iliacos. Cabe señalar, que estas articulaciones soportan todo el peso del resto del organismo, por lo tanto son el apoyo imprescindible para poder caminar o mantenerse en pie (Carter: 2003). Aunque existen muchos factores que influyen para que un hueso se fracture, este tipo de fractura es bastante frecuente a medida que se progresa en edad.

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 (A.D.A.M.: 2002)

De tal modo que mientras mayor sea la reserva,

* Bachiller en Trabajo Social, Universidad de Costa Rica

más resistencia tendrá el hueso al momento de recibir golpes. Lo anterior está vinculado de alguna forma con la osteoporosis, que es una enfermedad propia de adultos mayores, en la que se pierde el calcio de los huesos, haciéndolos más frágiles y más propensos a romperse (A.D.A.M.:2002)

Las familias en las que hay una persona con fractura de cadera viven una crisis, la cual se define como un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado por la incapacidad del individuo para abordar situaciones particulares, utilizando métodos acostumbrados para la solución del problema y por el potencial para obtener un resultado radical positivo o negativo (Casas, 2002).

El cuidar a una persona con este tipo de problema presenta un reto para los/las cuidadoras, quienes deben poseer los conocimientos básicos sobre éste tema para brindar las condiciones de vida correctas a quienes están bajo su cuidado.

El hecho de que una persona con fractura de cadera deba permanecer al menos dos meses sin apoyar su cuerpo sobre ésta, hace que la persona presente un estado de dependencia, y aunque esto es una crisis situacional, por un cierto período, no deja de ser estresante para la(s) persona(s) que se encargan de su cuidado.

Por cuidador(a) se hace referencia a la persona que atiende el/la paciente en el domicilio o en una institución, distinguido(a) porque permanece con el/ella la mayor parte del tiempo, atendiendo las necesidades que por enfermedad o discapacidad, la propia persona no pueda realizar, como el suministro de medicamentos, vigilancia, aseo personal, curaciones, alimentación y otros que sean básicos para la vida (Jiménez, 1998).

Jiménez (1998) menciona que cuando la tensión del (a) cuidadora(a) es frecuente debido a factores como sobrecarga de funciones, problemas socio ambientales y psicológicos, cansancio, limitación de actividades entre otros, la persona con fractura de cadera se encuentra ante una situación de riesgo. Esto quiere decir que existe la posibilidad de que los/las cuidadoras(es) sufran en el futuro un daño en la salud física y/o mental.

Se presentan situaciones de estrés, principalmente, pues como afirma Quesada (1999), la sociedad no facilita el autocontrol de sus miembros; más bien, favorece la presencia de conductas excesivas como el sacrificio personal, de tal forma que la persona que cuida puede llegar a olvidarse de sí misma, ocasionándose problemas de salud.

El exceso de dedicación a un enfermo puede

acabar creando dos pacientes, por lo que es aconsejable mantener la plenitud personal y la salud física y psíquica.

El/la cuidador/a es un enfermo(a) oculto, teóricamente sano, sobre quien recae tal impacto de responsabilidades y tareas que ve alterado su equilibrio, a veces con consecuencias extendidas al carácter, las relaciones o la propia familia.

Generalmente asume papeles asistenciales de todo tipo que le ocasionan a menudo un fuerte desgaste. Al sufrimiento propio de quien observa el declive del ser querido se le añaden la ansiedad de la vigilancia constante, el temor al fracaso, la sensación de culpa o incumplimiento, frecuentemente acompañadas de irritabilidad, estrés e impaciencia. Son efectos psicológicos de desgaste que, no obstante, el/la cuidador/a descuida por cierto escrúpulo de conciencia: ¿cómo va a preocuparse de sí mismo teniendo delante a un ser tan desvalido?

La atención familiar a las personas enfermas es tan absorbente que puede llegar a distorsionar también el papel social del/la cuidador/a. No es infrecuente que la dedicación intensiva a la persona enferma repercuta en una suerte de "auto secuestro" según el cual su cuidador acaba siendo rehén del enfermo.

El cuidar a una persona puede ser una de las experiencias más satisfactorias, así como una situación de soledad e ingratitud hacia quien cuida.

Las personas que se encargan de cuidar a alguien con fractura de cadera u otra enfermedad discapacitante, temporal o crónica, se ven afectadas por este síndrome, el cual se caracteriza por absorber a la persona hasta que ésta se olvide de sí misma y su salud sufra por esto.

Según Quintero (1994), el autocuidado varía de acuerdo con los conocimientos, cultura, valores, creencias, hábitos y prácticas que caracterizan las formas de vida del grupo social al que pertenece el individuo.

Para esta propuesta se utiliza el concepto de autocuidado como la capacidad de las personas de lograr cambiar las situaciones que les generen malestar en su vida cotidiana.

Fractura de cadera y grupo socioeducativo de familiares y cuidadoras(es)

Durante la segunda parte de la práctica realizada en el Hospital San Juan de Dios como

requisito del curso taller VI y V: Trabajo Social Institucional, se planeo y ejecutó un grupo socioeducativo de familiares y cuidadoras(es) de personas con fractura de cadera, por medio del cual se pretendía, apoyar tanto a los requerimientos del hospital como a las necesidades de la población.

Se basó en las premisas que orientan la práctica, las cuales son las siguientes:

- Las personas en su entorno social constituyen el punto de partida de la intervención profesional.
- La participación activa de las personas en los procesos de intervención microsocial es central en la generación de los servicios sociales.
- Las personas usuarias de los servicios sociales son personas con derechos y responsabilidades y Trabajo Social debe estimular el conocimiento y la exigibilidad así como fortalecer y respetar esos derechos y estimular el ejercicio de las responsabilidades.
- Los servicios sociales generados por las instituciones y organizaciones son un derecho de las personas; funcionarios y usuarios deben asumirlos como sujetos de los servicios institucionales.
- La actividad académica de la Universidad de Costa Rica es fuente de saberes que deben reflexionarse para el crecimiento de la disciplina y la profesión y el beneficio de la colectividad.

Con los objetivos se buscó brindar apoyo emocional a la familia del paciente que se encuentra frente a una situación inesperada que obstaculiza su ritmo común, metas y proyectos; así como promover la comunicación grupal que permita a los familiares intercambiar vivencias, emociones y soluciones en torno al cuidado del paciente con secuelas de fractura de cadera.

También, se buscó apoyar a familiares y cuidadoras(es) de personas que han sufrido fractura de cadera con información sobre este tema, con el fin de que puedan mejorar su calidad de vida y la de la persona enferma.

El grupo socioeducativo estuvo dirigido al cliente externo del Hospital San Juan de Dios, el cual presenta la problemática de tener una persona con fractura de cadera a su cargo, sea o no familiar.

Estuvo dirigido a personas adultas, pues ésta es en donde se ubica la mayoría de personas que desempeñan la función de cuidadoras(es).

Se basó en familiares y cuidadoras(es) tanto de personas que se encontraban hospitalizadas en los servicios de ortopedia, así como de aquellas que visitaban la consulta externa de dicho servicio. El proceso grupal se desarrolló en 8 sesiones de dos horas de duración.

Se abordaron diferentes temas como:

- Reorganización familiar ante una fractura de cadera
- Sentimientos de las personas cuidadoras
- Qué es y cómo se trata una fractura de cadera?
- Sentimientos de la persona con fractura de cadera
- Autoestima
- Estrés y cómo manejarlo?

*Cada sesión se estructuró de la siguiente manera**

Momento Connotativo:

Es el primero que se desarrolla en cada sesión. Es también llamado momento de construcción de conocimiento, porque en él, los y las participantes tienen el espacio para expresar sus sentimientos y los conocimientos adquiridos (especialmente en su cotidianidad).

Es durante esta parte de la sesión que se realizan las técnicas, las cuales deben permitir que los y las participantes reflejen sus conocimientos, y es a partir de éstos que se desarrolla la sesión.

El objetivo de lo anterior es que la sesión se desarrolle de una forma participativa, partiendo del conocimiento de las personas que conforman el grupo.

Momento Denotativo

En este segundo momento se facilita un espacio de reflexión que busca concretar los objetivos propuestos para la sesión.

La reflexión se desarrolla a partir de lo que cada persona aportó en el espacio connotativo. El equipo facilitador propicia un espacio para que el grupo de participantes analicen y reflexionen acerca del tema de la sesión.

Se busca que emerjan los aspectos epistemológicos y epistemofílicos puestos "a trabajar" durante la realización de la técnica participativa llevada a cabo en el momento anterior. Esto se realiza a través de preguntas generadoras, las cuales tiene como objetivo que los y las participantes reflexionen y

* Tomado de la teoría analizada en el curso TS - 3010: teoría y método de grupo impartido por la Lic. Hannia Fallas Ureña.

participen con intervenciones, preguntas y comentarios basados en su propia cotidianidad.

Momento Estructural

Este es el último momento que se realiza en cada sesión. Consiste en la devolución teórica de la sesión: el o la facilitadora retoma todo lo que el grupo aportó (experiencias personales, conocimientos propios) y hace un "amarre" con la teoría (tema) que se tiene para cada sesión.

La metodología participativa lleva implícita la idea de proceso integrado, armónico y coherente, lo que desborda la aplicación de una o más técnicas. Implica una intencionalidad transformadora, pues sólo entiende que es válida la participación cuando se produce de manera activa y consciente (UNICEF. 1988:17).

El módulo partió del supuesto de que todas las personas tienen conocimientos válidos y distintos, por lo que un grupo socioeducativo permite el espacio para que puedan aportar e intercambiar conocimientos entre sí.

Caracterización del grupo

El grupo fue de carácter socioeducativo, pues sus objetivos van dirigidos a esclarecer los cuestionamientos de las personas.

Según la clasificación de Gisela Konopka, mencionada por Castillo (1994:503), los grupos más utilizados por los y las trabajadoras sociales del país son los de acción social, dentro de los que se encuentran los socioeducativos, dirigidos principalmente a las áreas de intervención como prevención, tratamiento y capacitación. Una labor educativa, dirigida básicamente al cambio, a la transformación en las condiciones de vida de la población.

El grupo tuvo un carácter homogéneo en cuanto a las situaciones por las cuales buscan apoyo de Trabajo Social. También se caracterizó porque predominó en número de mujeres en comparación con los hombres.

La convocatoria se dirigió a familiares y cuidadoras(es) tanto de personas que se encontraban hospitalizadas en los servicios de ortopedia, así como de aquellas que visitaban la consulta externa de dicho servicio.

Las asistentes fueron mujeres adultas, con experiencia de cuidar a otras personas y que se interesaron por el tema, más que por tener a alguien con fractura a su cargo, por conocer sobre el tema y estar preparadas para el futuro.

Importancia de la reorganización familiar

Las complicaciones de una persona con fractura de cadera pueden surgir como parte del estado de reposo absoluto que por aproximadamente dos meses debe cumplir la persona.

Cuando en una persona se presenta una situación de este tipo, toda la familia, al ser un sistema, se desequilibra: el tener a cargo el cuidado de un familiar enfermo puede ser estresante y agotador.

La vida de la familia se altera y surgen muchos problemas difíciles de manejar. Puede parecer que todo en la casa gira alrededor de la persona enferma, mientras se descuida por completo a los demás miembros de la familia y sobre todo al cuidador(a) principal.

Estos eventos constituyen crisis inesperadas, que ocurren en un momento y circunstancia donde las personas no esperan que ocurran, son impredecibles, específicas, no habituales y no a todas las personas les ocurre algo igual (Casas, 2002).

Puede suceder que en la familia se genere la necesidad de buscar culpables, sentimientos de culpa o actitudes negativas frente a la adversidad; por tal motivo, se deben brindar algunas sugerencias para evitar que esta situación se vuelva insoportable o amenace la integridad de la familia (Ceballos, 2000).

Se debe procurar que la vida en la casa continúe de la forma más normal posible. Los miembros de la familia deben estar bien informados sobre el problema, para que sepan manejar adecuadamente las situaciones que se presenten. Deben definirse los roles de cada miembro de la familia.

La comunicación juega un papel primordial para la buena organización familiar. Vivimos en un tiempo en que la comunicación está en una etapa de grandes avances, sin embargo, en múltiples situaciones, la falta de ella provoca malos entendidos y conflictos en el sistema familiar.

Al lado de la persona con fractura de cadera generalmente hay una persona ocupándose de su cuidado. Lo hacen por cariño o por sentido de la obligación, de buen grado o a regañadientes, pero el caso es que se trata de personas absorbidas por la enfermedad del atendido. Quizá han tenido que abandonar su trabajo, o bien modificar sus hábitos y la organización de su propia vida, pues hay enfermedades tan crudas con el enfermo como tiránicas con quienes les rodean (Ceballos, 2000).

El hecho de poseer mayores niveles de

esperanza de vida es un logro, pero esto muchas veces se convierte en una pesadilla debido a que a la conquista de cantidad de vida no se acompaña de calidad de vida.

El/la cuidador/a es un enfermo oculto, teóricamente sano, sobre quien recae tal impacto de responsabilidades y tareas que ve alterado su equilibrio, a veces con consecuencias extendidas al carácter, las relaciones o la propia familia (Ceballos, 2000). Generalmente asume papeles asistenciales que ocasionan un fuerte desgaste.

Se presenta sufrimiento debido a la enfermedad del ser querido, pero además, se le puede añadir la ansiedad de la vigilancia constante, el temor al fracaso, la sensación de culpa o incumplimiento, frecuentemente acompañadas de irritabilidad, estrés e impaciencia.

La atención familiar a las personas enfermas es tan absorbente que puede llegar a distorsionar también el papel social del/la cuidador/a. No es extraño que la dedicación intensiva a la persona enferma repercuta en la vida social del/la cuidadora, el/la cual, acaba siendo rehén del enfermo.

A veces los sentimientos de amor reproducen, erróneamente, esquemas de relación padres-hijos pertenecientes a etapas pasadas, como si con ello se intentase recompensar al progenitor por los esfuerzos que hizo en el pasado. Entonces el hijo o la hija consienten en recibir órdenes del padre o la madre, le siguen la corriente, le permiten caprichos ajenos a sus necesidades reales de atención sin reparar en que las cosas no son como antaño.

La madurez del/la cuidador/a empieza así a tambalearse en una cierta crisis de identidad: al volcarse demasiado hacia el enfermo rebaja su propia estima. Regresa a aquella época de inseguridad en que, siendo niño buscaba la aprobación del adulto.

Se presentan entonces, casos en los que el/la cuidador/a acaba cediendo a chantajes emocionales y exigencias desmedidas que le llevan a dejar en segundo plano su función de padre, madre, esposo(a) o persona individual, con las obvias consecuencias en la vida social y familiar.

Según algunos estudios, el perfil medio del/la cuidador/a de una persona con fractura de cadera se corresponde a una mujer entre 45 y 60 años de edad (Carter, 2003). Son edades en que muchas mujeres afrontan nuevas etapas de la vida que conllevan posibilidades de desarrollo personal. Crecidos los hijos, han empezado a adquirir una relativa autonomía que les permite plantearse proyectos, cultivar aficiones, emprender estudios, etc. Todo esto, sin embargo, queda bloqueado al asumir la labor de cuidadora.

La renuncia forzosa a las propias necesidades engendra frustración y agotamiento. En muchos casos, la mujer se desatiende a sí misma, no se relaciona con las amistades o renuncia a actividades de ocio.

Su derecho a llevar una vida propia queda aplazado sin fecha. Por grande que sea la recompensa sentimental de su decisión, es evidente lo elevado del precio en términos psicológicos y vitales.

Se han descrito muchos síntomas del llamado "síndrome del/la cuidador/a". Además de los ya señalados, están la impaciencia frente al enfermo ("¿pero no le he dicho que no haga esto?"), las reacciones irascibles inesperadas ("ya estoy harto/a"), las tensiones con otros familiares, la dificultad de concentración, la actitud de desgana hacia tareas cotidianas, la autocompasión, el aislamiento, el sentimiento de derrota, la fatiga física y la aparición de alteraciones psicósomáticas diversas que van del insomnio a los problemas digestivos. Son trastornos merecedores de tanta atención como la prestada al enfermo atendido, pero que permanecen agazapados como si ocuparse de ellos fuera un signo de egoísmo (ADAM: 2002).

Los aspectos arriba citados pueden causar importantes trastornos psicológicos en el/la cuidador/a principal, que se detectan cuando alguno de los síntomas se agudizan:

- ◆ Agresividad constante contra los demás, porque siguen su vida, porque son capaces de ser felices a pesar del problema que hay en casa
- ◆ Gran tensión contra las cuidadoras(es) auxiliares porque "todo lo hacen mal", no saben mover al enfermo, no le han dado a la hora correcta la medicación, etc.
- ◆ Aislamiento progresivo y tendencia a encerrarse en uno mismo. Cuando las cuidadoras(es) auxiliares, familiares o amigos observan en el/la cuidador/a principal los problemas o reacciones desmesuradas citadas, deben actuar.
- ◆ Depresión, cansancio, ansiedad. Toda esta situación: Obliga al cuidador principal a tomar mayor tiempo de ocio, cubriendo esas horas con ayuda de la familia o la de una asistente domiciliaria (A.D.A.M.:2002).

El/la cuidador/a principal, además de salir y ponerse en contacto con otras personas que están en su misma situación, requiere asistencia médica para aliviar su depresión y angustia.

Las cuidadoras(es) auxiliares, familiares y amigos deben procurar que el/la cuidador/a principal

acuda a la consulta del médico para tratar de su estado físico y psíquico.

Qué hacer con los sentimientos de las cuidadoras(es)

Los cuidadores deben sentirse apoyados por el resto de la familia y percibir su solidaridad en todo momento. Aprender a manejar, sus sentimientos para que esto se constituyan en riqueza no en perturbadores de la salud mental.

El/la cuidador/a principal a menudo está muy tenso(a) y de poco le valen los consejos de otros familiares. Las reacciones emocionales, los sentimientos en los que puede caer como consecuencia de convivir, atender y querer a su familiar enfermo, son variados.

Aunque cada persona, cada enfermo y cada familia son diferentes, se exponen a continuación algunas de las perturbaciones del carácter que pueden afectar al cuidador principal*:

- **Tristeza:** se debe intentar que, a pesar de lo doloroso de la situación, el/la cuidador/a no haga que la tristeza sea parte de su vida. Si esto sucede, la melancolía le impedirá vivir una vida plena. La tristeza es lógica, pero no puede vivirse como un sentimiento único o prioritario.
- **Preocupación:** en una situación como ésta, a la persona constantemente le abrumba el futuro. El/la cuidador/a debe procurar serenarse y la ayuda profesional debe dirigirse hacia la disminución de la preocupación por lo que viene.

Es inevitable que la persona se encuentre preocupada, pero hay que recalcar que se debe vivir el presente, sin dejarse enmarañar por un futuro incierto.

- **Soledad:** es vital no sentirse solo (a). se deben fortalecer las redes de amigos y de compañía: vecinos, grupos socioeducativos y de autoayuda, centros recreativos, asociaciones, etc.
- **Irritabilidad:** ésta se presenta debido a que la persona cuidadora está cansada de hacerse cargo del enfermo, porque nadie le ayuda (o así lo siente), porque está sacrificando sus aficiones, porque pocas veces se le reconoce todo lo que hace por las y los demás.
- **Culpabilidad:** culpabilidad por los errores en el cumplimiento de su tarea como cuidadoras(es). Debe

asumirlos como inevitables y tratar de mejorar, dentro de lo que cada uno puede dar.

- **Depresión:** Cuando la tristeza, la preocupación, la soledad y la desesperanza se viven sin otra alternativa, la tristeza y duelo que son normales en una situación como esta, se convierten en depresión, lo que hace más difícil de tratar en los y las cuidadores(as).

Cuando estos sentimientos que causan infelicidad no se mitigan, o se equilibran con otras vivencias positivas: amor, cariño, ilusiones, etc., causan depresión en el/la cuidador/a.

En el caso de depresiones leves el estado de ánimo mejorará tomándose unas vacaciones, un tiempo alejado del enfermo, realizando alguna actividad gratificante, descansando lo suficiente, entre otros.

En otras personas la depresión es más grave, la depresión severa no se cura por sí misma, por lo que deben acudir, sin falta, a un profesional.

Conclusiones

El proceso del grupo socioeducativo permitió plasmar las distintas creencias, percepciones y pensamientos sobre los sentimientos de las personas con fractura de cadera. Estos sentimientos, tal como se describió en un apartado anterior, constituyen un amplio espectro que va desde dudas con respecto a cómo brindar los cuidados extrahospitalarios hasta depresión por la falta de autonomía unida al hecho de dejar de lado las actividades propias por ocuparse de otra persona.

Por medio del grupo socioeducativo se logró que las personas participantes llegaran a una mayor identificación de los sentimientos, así como más explicación de los mismos sobre la base de la teoría existente que busca dar apoyo al proceso.

La calidad de vida de las personas cuidadoras está regida por las apreciaciones subjetivas e ideológicas sobre el contexto donde se desenvuelven las personas: se puede decir que éstas identifican la importancia, pero aplican poco de lo que dicen.

Es necesario diferenciar los diversos modos de vida, aspiraciones e idiosincrasias de los grupos sociales, para distinguir los diferentes variaciones entre unos y otros sectores de la población: es erróneo aspirar a unificar un único criterio de calidad de vida, de la cual se puede decir que es un construido histórico y cultural sujeto a las variables de tiempo y espacio de

* Basado en Ceballos, 2000 y en lo expuesto por el grupo de familiares y cuidadoras (es) de personas con fractura de cadera del Hospital San Juan de Dios el 30 de setiembre de 2003.

cada época y sociedad.

Si se parte del hecho de que es una construcción, en donde intervienen variables personales y en donde cada persona determina su propia satisfacción; se entenderá entonces que una adecuada calidad de vida, según lo indican los/las personas cuidadoras, se logra cuando ellas se sientan bien con lo que hacen.

El conocimiento de los y las cuidadoras(es) de personas con fractura de cadera se enfatiza más a lo médico—físico de la persona con la fractura que a los aspectos sociales y psicológicos de ellos mismos.

Aunque se indica que es muy importante el autocuidado de los y las cuidadoras(es), este tiende a referirse sólo en función de la persona con fractura, y no hacia el reconocimiento de los derechos propios a acceder a una calidad de vida acorde con sus necesidades.

Se reconoce que no se pone en práctica el autocuidado expresado por los y las cuidadoras, quienes siempre anteponen las necesidades de las personas con fractura de cadera a las suyas propias.

El papel primordial de los y las cuidadoras es mantener un adecuado estado de salud de las personas con fractura de cadera, y los conocimientos que poseen y buscan se dirigen en este sentido: conocer sobre los aspectos físicos de las personas con fractura de cadera, olvidándose, prácticamente por completo de su propio bienestar.

Existen mitos alrededor de las personas con fractura de cadera, y estos mitos están fuertemente presentes en los y las cuidadoras, de modo que marcan la vida de ambas personas y sus familias.

Bibliografía

❖ A.D.A.M. (2002) *Fractura de cadera*. American Accreditation HealthCare Comisión. Agosto. En www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/esp_imagepages/18026.htm

- ❖ Carter, Ann (2003) **Qué es fractura de cadera**. McKesson Health Solutions LLC. Universidad de Michigan Health System. 7 Agosto de 2003. En www.med.umich.edu/1libr/aha/aha_hipfrac_spa.htm
- ❖ Casas Fernández, Gerardo. (2002) **Apuntes del curso Trabajo Social y familia**. Universidad de Costa Rica.
- ❖ Castillo Porras, Carmen. (1996) *"Elementos teórico metodológicos a considerar en el Trabajo Social con grupos"*. En **Revista de Trabajo Social**. Caja Costarricense de Seguro Social. N° 46. junio
- ❖ Castillo Porras, Carmen.(1994) *"Aplicación de la metodología de grupos en Trabajo Social"*. En **Revista de Trabajo Social**. Caja Costarricense de Seguro Social. N° 42. octubre 1994.
- ❖ Ceballos Atienza, Rafael. (2000) **La Fractura de Cadera en Atención Primaria**. Unidad de Hipertensión y Lípidos. Servicio de Medicina Interna A. Hospital Clínico San Cecilio. Granada. Grupo HTA de la SamFyC. En www.medicinadefamilia.net/fxcadera.asp
- ❖ Jiménez Rodríguez, Sandra.(1998) **"Las personas mayores y el abuso. Un estudio realizado en el Hospital Nacional Blanco Cervantes"**. Departamento de Trabajo Social. Caja Costarricense de Seguro Social San José, Costa Rica.
- ❖ Quesada, Noily. (1999) **Derechos de los adultos(as) mayores y su relación con el quehacer profesional**. En: **Revista de Trabajo Social**. CCSS N° 56.
- ❖ Quintero, Marialcira.(1994) **El autocuidado: la atención de los ancianos –un desafío para los años noventa**. Publicación científica. Washington: OPS.
- ❖ Teoría de Pichón Riviére, (2002) analizada en el curso TS-3010: Teoría y Método de Grupo, impartido por la Licda. Hannia Fallas Ureña.