

Tesis doctoral

Evaluación del sufrimiento en pacientes  
ancianos ingresados por fractura de cadera:

Dificultades en el uso de instrumentos

Doctorat en Psicologia de la Salut i Psicologia de l'Esport

Departament de Psicologia Bàsica, Evolutiva i de l'Educació

Facultat de Psicologia

Universitat Autònoma de Barcelona

**AUTORA**

**CARME NOGUERAS RIMBLAS**

**DIRECTOR**

**DR. JOAQUÍN T. LIMONERO GARCÍA**

**TESIS DOCTORAL**

**Evaluación del sufrimiento en pacientes  
ancianos ingresados por fractura de cadera:**

**Dificultades en el uso de instrumentos**

**Autora**

**Carme Nogueras Rimblas**

**Director**

**Dr. Joaquín T. Limonero García**

**Departament de Psicologia Bàsica, Evolutiva i de l'Educació**

**Facultat de Psicologia**



**Universitat Autònoma  
de Barcelona**

**Barcelona, 2015**



Universitat Autònoma de Barcelona

**Departament de Psicologia Bàsica, Evolutiva i de l'Educació**

Dr. Joaquín T. Limonero García, Profesor titular de Psicología Básica de la Universidad Autònoma de Barcelona,

**HACE CONSTAR**

Que de acuerdo con lo que regula el Real Decreto RD 1393/2007, de 29 de Octubre (B.O.E. 260 de 30 de octubre de 2007), el trabajo de investigación realizado por la doctoranda D<sup>a</sup> María Carmen Nogueras Rimblas (DNI: 35121603M), bajo mi dirección, con el título: *"Evaluación del sufrimiento en pacientes ancianos ingresados por fractura de cadera. Dificultades en su evaluación"* reúne todas las condiciones exigidas para ser aceptado como Tesis de Doctorado, por lo que autorizo a que se inicien los trámites para su Defensa Pública.

Dr. Joaquín T. Limonero García

Director de la Tesis de Doctorado

Bellaterra (Cerdanyola del Vallès), 28 de Julio de 2015



## Agradecimientos

A Carmiña y a Tonio, a Bety y a Joe, a mi familia.

A mis amigos.

A mis compañeros y a mis maestros.

Al profesor Limonero.

Y a los pacientes.

*"Anyone who willingly enters into the pain of a stranger is truly a remarkable person."*

*Henry Nowen*

## ÍNDICE

I.	Introducción .....	9
II.	Marco teórico .....	18
1.	La fractura de cadera .....	18
1.1.	Anatomía .....	18
1.2.	Los factores de riesgo .....	19
1.3.	Prevalencia e incidencia de la fractura de fémur y el uso de servicios sanitarios que comporta. ....	31
1.4.	Morbimortalidad asociada a la fractura de cadera .....	35
1.5.	Pérdida funcional asociada a la fractura de cadera .....	37
1.6.	Modelos de atención al paciente con fractura de cadera y evaluación de sus resultados. ....	38
2.	La Geriátría, la fragilidad y la atención centrada en el paciente anciano. ....	43
2.1.	Introducción. Marjorie Warren: el nacimiento de la Geriátría. Conceptos erróneos respecto a la Geriátría.....	43
2.2.	Definición de la especialidad de geriatría. Campo de acción y metodología de trabajo.....	44
2.3.	Conceptos básicos en Geriátría: la vulnerabilidad o fragilidad del anciano y el cuidado centrado en el paciente.....	53
3.	El sufrimiento .....	64
3.1.	Aportaciones emblemáticas desde la medicina y la psicología. La relación médico-paciente y el sufrimiento .....	64
3.2.	La relación médico-paciente y el sufrimiento. Transformando, o no, la realidad.....	86
4.	El sufrimiento y la fractura de cadera.....	93

4.1.	La experiencia de la fractura de cadera desde la perspectiva del propio paciente.....	94
4.2.	La depresión y la ansiedad asociadas a la fractura de cadera .....	97
4.3.	El “miedo a caer” .....	100
4.4.	Otras experiencias de los pacientes afectados de fractura de cadera .....	103
III.	Estudio empírico .....	106
5.	Objetivos .....	106
5.1.	Objetivo general .....	106
5.2.	Objetivos específicos .....	106
6.	Metodología.....	107
6.1.	Tipo de estudio .....	107
6.2.	Participantes: población y muestra .....	107
6.3.	Diseño del estudio .....	109
7.	Resultados .....	134
7.1.	Versión adaptada de las instrucciones de la tarea PRISM a la población a estudio .....	134
7.2.	Población total incluida en el estudio.....	135
7.3.	Diagrama de flujo de inclusión de pacientes en el estudio y población total incluida .....	135
7.4.	Estadísticos descriptivos de los datos sociodemográficos, administrativos y de la valoración geriátrica integral de los pacientes admitidos.....	139
7.5.	Estadística descriptiva y comparativa de los pacientes Incluidos, No Elegibles y Elegibles No Incluidos.....	143

7.6.	Subgrupo de pacientes que rechazaron participar en el estudio (Negativas) .....	148
7.7.	Análisis de la mortalidad en todos los pacientes. ....	154
7.8.	Estadísticos descriptivos de los resultados de la entrevista de sufrimiento .....	155
7.9.	Relación entre el sufrimiento valorado mediante el instrumento PRISM y las variables sociodemográficas, de la VGI y de la entrevista de sufrimiento.....	157
7.10.	Relación entre el malestar emocional valorado mediante la escala DME y las variables sociodemográficas, de la VGI y de la entrevista de sufrimiento .....	162
7.11.	Relación entre el grado de comprensión de la tarea PRISM y la elegibilidad de los pacientes con las variables sociodemográficas y de valoración geriátrica integral. ....	166
7.12.	El sufrimiento de los pacientes que No Comprenden .....	177
7.13.	Análisis de las respuestas a los cuadernos de opinión del paciente .....	194
7.14.	Análisis cualitativo de las entrevistas de sufrimiento .....	196
8.	Discusión .....	209
8.1.	El sufrimiento de los pacientes ancianos ingresados por fractura de fémur.....	210
	Los pacientes de este estudio, todos ellos ancianos, se encontraban en una situación subaguda tras la fractura de cadera, habiéndose realizado la entrevista, de media, a los catorce días desde la intervención quirúrgica. ....	210
	Este apartado se va a abordar desde dos perspectivas diferenciadas: aproximación cuantitativa y cualitativa. ....	210

8.2. Las dificultades relacionadas con el uso de instrumentos en esta población .....	225
8.3. Propuesta futura de valoración del sufrimiento en los pacientes ancianos ingresados por fractura de cadera .....	239
8.4. Limitaciones del estudio .....	240
8.5. Líneas de investigación y propuestas de futuro .....	241
9. Conclusiones.....	243
Listado de abreviaturas .....	245
Listado de Figuras .....	247
Listado de Tablas.....	249
Anexos.....	251
Bibliografía .....	272

# I. Introducción

El alivio del sufrimiento está considerado uno de los fines de la medicina en el siglo XXI (Hastings Center, 1996). Pese a ello, los profesionales sanitarios, y más concretamente los médicos, le siguen prestando escasa atención tanto a nivel clínico, como de investigación y docencia. Ello puede provocar que se practiquen intervenciones médicas que, aunque técnicamente adecuadas, no sólo no alivien el sufrimiento del paciente, sino que sean en sí mismas una fuente de sufrimiento (Cassel, 1982).

Afortunadamente algunos ámbitos han avanzado mucho en el estudio del sufrimiento y en la atención a las personas que sufren. Es el caso de los Cuidados Paliativos. Muy especialmente la escuela iniciada por el Profesor Bayés (Bayés, 1998) destaca por su aproximación clínica e interdisciplinaria al sufrimiento. Basándose en las aportaciones de Cassell (Cassel, 1982), Chapman y Gavrin (Chapman & Gavrin, 1993), Callahan (Callahan, 2000), Lazarus y Folkman (Lazarus & Folkman, 1984), Loeser y Melzack (Loeser & Melzack, 1999) y Laín Entralgo (Laín Entralgo, 1983), Bayés et al. establecieron el modelo conceptual de sufrimiento denominado "Amenazas y Recursos" y desarrollaron un modelo de intervención integral para el alivio del sufrimiento en Cuidados Paliativos (Bayés et al., 1996).

El modelo "Amenazas y Recursos" considera que la persona sufre cuando percibe que su integridad es amenazada e implica tanto la percepción y sentido de la amenaza como la falta de recursos para hacer frente a dicha amenaza. Este modelo resalta la estrecha relación del sufrimiento con el contexto emocional en que se produce (Bayés & Limonero, 1999). Más recientemente, Krikorian y Limonero han aportado la denominada "Visión integral del sufrimiento" (Krikorian & Limonero, 2012). El sufrimiento aparece como una experiencia

multidimensional y dinámica de estrés severo que ocurre ante una amenaza significativa a la integridad de la persona como un todo; los procesos regulatorios que normalmente conducirían hacia la adaptación resultan ser insuficientes ante dicha amenaza, llevando al agotamiento. Este modelo, según nuestro conocimiento, es el único que ha sido valorado empíricamente (Krikorian, Limonero, Román, Vargas, & Palacio, 2013).

La concepción holística del sufrimiento y sus implicaciones en la asistencia profesional de pacientes afectados por una enfermedad incurable en fase avanzada, impregnan ya la atención paliativa (Mateo et al., 2014; Viel et al., 2014).

Sería deseable trasladar el conocimiento y la experiencia sobre el sufrimiento en Cuidados Paliativos a otros ámbitos de atención de la salud (Limonero et al., 2012). Teniendo en cuenta el contexto actual de envejecimiento de la población y de aumento de la cronicidad (Institut d'Estadística de Catalunya, 2007), es una labor que parece inexcusable. Sin duda, la vulnerabilidad, la comorbilidad y la discapacidad en la población anciana pueden ser consideradas amenazas a la integridad de la persona. Estos tres conceptos son fundamentales en la atención clínica geriátrica y se ponderan a través de la valoración multidimensional, a menudo interdisciplinaria, de las personas ancianas (Clegg, Young, Iliffe, Rikkert, & Rockwood, 2013; Hazzard & Halter, 2009). Esta "Valoración Geriátrica Integral" es un "proceso diagnóstico, dinámico y estructurado, que permite detectar y cuantificar los problemas, necesidades y capacidades del anciano en las esferas biológica, funcional, mental y social para elaborar, basados en ellos, una estrategia interdisciplinaria de intervención, tratamiento y seguimiento con el fin de optimizar los recursos y de lograr el mayor grado de independencia, y en definitiva de calidad de vida" (D.B.

Reuben, 2003; Rubenstein, 1987; Sanjoaquín, Fernandez, Mesa, & Garcia-Arilla, 2006; Sloan, 1997).

Toca ahora recordar a Cassell. Su visión holística de la persona queda reflejada en frases como: "los cuerpos duelen, las personas sufren" y "no tratamos enfermedades, tratamos personas que padecen enfermedades" (E.J. Cassell, 1991). Hay que atender la percepción de la enfermedad, *illness*, y no sólo la enfermedad, *disease* (Cassell & Fundació Víctor Grífols i Lucas, 2009). Y toca recordar el Informe Hastings (Hastings Center, 1996) y a Callahan (Callahan, 2000): "No es, después de todo, a la muerte lo que más temen las personas, y menos los ancianos, sino a una vida mal vivida; algo puede hacerse al respecto"<sup>1</sup>. Es necesario replantear qué resultados de salud, *outcomes*, son verdaderamente relevantes para el anciano (Griffiths et al., 2015) y la medida en que aquellos deben respetar los valores de éste (Bartlam et al., 2012). A los tradicionales resultados de supervivencia o mortalidad, deben añadirse otros como los que nos permiten evaluar la funcionalidad, los distintos síndromes geriátricos o el estado cognitivo, además de los que cada anciano decida en cada caso (American Geriatrics Society, Expert Panel on the Care of Older Adults with Multimorbidity, 2012; Fitzsimmons et al., 2009; Tinetti et al., 2011). Para conocer los resultados percibidos por los pacientes en cuanto a calidad de vida relacionada con la salud, la *Food and Drug Administration* (FDA) de los EUA ha propuesto el concepto *Patient Reported Outcomes* (PRO) (Valderas, Ferrer, & Alonso, 2005) para referirse a cualquier cuestionario que mida cualquier aspecto del estado de salud que provenga directamente del paciente, sin interpretación de las respuestas por parte del médico u otra persona

---

<sup>1</sup> "It is not, after all, death that people seem to fear the most, and certainly not in old age, but a life poorly lived; something can be done about that"

([http://www.bibliopro.org/cuestionarios/definicion\\_y\\_clasificacion.html](http://www.bibliopro.org/cuestionarios/definicion_y_clasificacion.html)).

El sistema sanitario catalán, especialmente con el *Programa de Prevenció i Atenció a la Cronicitat (PPAC)* (Generalitat de Catalunya, Departament de Salut, 2012b), ya ha marcado objetivos de atención integral, integrada y transversal (Generalitat de Catalunya, Departament de Salut, 2012a; Generalitat de Catalunya, Departament de Salut,, Pla director sociosanitari, 2014). La atención integral nos remite al concepto holístico de Cassell y al informe Hastings. La atención integrada al abordaje interdisciplinario.

Uno de los objetivos tangibles del PPAC es la elaboración del *Plà de Intervenció Individualitzat Compartit (PIIC)* con los pacientes. El PIIC es el plan de atención profesional específico para cada enfermo, consensuado entre él y los profesionales que le atienden teniendo en cuenta sus necesidades físicas, psíquicas y sociales (Generalitat de Catalunya, Programa de Prevenció i Atenció a la Cronicitat, 2013). En el PIIC se incorpora el resultado, *outcome*, desde el punto de vista del paciente.

La valoración del sufrimiento percibido por el paciente, no el supuesto por el profesional, sería un indicador más de calidad asistencial, que haría posible la incorporación de resultados relevantes para el paciente (Viel et al., 2014).

Pero, ¿cómo valorar el sufrimiento en el anciano vulnerable? El sufrimiento es una experiencia única, individual y cambiante en el tiempo. Se debe estar atento y sospechar su presencia, no se pueden presuponer sus causas, hay que preguntar y escuchar (Cassell, 1999).

La comunicación médico-paciente, entendiéndola como el establecimiento de una relación terapéutica de confianza (Institut d'Estudis de la Salut, 2002), es fundamental en la práctica clínica

diaria (Cassell, 1985a; Clèries, 2006; Generalitat de Catalunya, Departament de Sanitat i Seguretat Social, 2003).

Concretamente en el caso del enfermo anciano, los profesionales de la salud deben adquirir competencias avanzadas en comunicación con los pacientes y sus familias. Una técnica de comunicación inadecuada por parte del profesional supone una barrera para el complejo cuidado que requieren dichos enfermos. (American Geriatrics Society, Expert Panel on the Care of Older Adults with Multimorbidity, 2012).

También en la investigación con ancianos se ha destacado la importancia de la comunicación y de la experiencia en geriatría para mejorar la inclusión de pacientes en los estudios y la comprensión de los instrumentos administrados (Burnside, Preski, & Hertz, 1998; Hempenius et al., 2013).

Existen varios instrumentos para valorar el sufrimiento, sobre todo en el ámbito de Cuidados Paliativos (Bidstrup, Johansen, & Mitchell, 2011; Krikorian, Limonero, & Corey, 2013; Thekkumpurath, Venkateswaran, Kumar, & Bennett, 2008). La entrevista clínica sigue siendo la herramienta por excelencia (Cassell, 1985a; Krikorian, Limonero, & Corey, 2013; Thekkumpurath et al., 2008; Viel et al., 2014). Permite evaluar de forma directa e individual la experiencia del paciente, su historia personal, el significado que atribuye a la enfermedad, sus síntomas y su tratamiento (Viel et al., 2014).

Las herramientas de cribado para detectar el sufrimiento debieran cumplir una serie de características (Bayés & Limonero, 1999; Maté et al., 2009):

- que su administración genere, en lo posible, efectos terapéuticos y en ningún caso iatrogénicos (Bayés, 2001),
- ser adecuadas para medir aspectos subjetivos,
- ser sencillas, breves y fáciles de administrar,

- estar adaptadas a la población y ser fácilmente comprensibles para la mayoría de sujetos,
- adecuarse a las formas relacionales y al lenguaje que utilizan habitualmente los enfermos,
- facilitar la derivación, cuando se requiera, al profesional que corresponda.

En el ámbito de la medición de la experiencia holística del sufrimiento, destacan dos herramientas: la escala Detección del Malestar Emocional (*DME*) (Maté et al., 2009) y la tarea *Pictorial Representation of Illness Self Measure* (PRISM) (Buchi, Sensky, Sharpe, & Timberlake, 1998). Ambas se han elaborado para su uso en investigación y en la práctica clínica. Han sido validadas respectivamente en enfermos oncológicos en situación avanzada (Limonero et al., 2012) y en pacientes afectados de diferentes enfermedades crónicas (Buchi & Sensky, 1999; Buchi et al., 2000; Muhleisen et al., 2009; Niedermann et al., 2012; Streffer, Buchi, Morgeli, Galli, & Ettlín, 2009; Tondury et al., 2011), inclusive cáncer (Krikorian, Limonero, Vargas, & Palacio, 2013). Ninguna de ellas ha sido aún validada en población exclusivamente anciana y vulnerable.

Es bien conocida la exclusión sistemática en los estudios de investigación del enfermo anciano con elevada comorbilidad (Crome et al., 2011; Martínez-Velilla & Formiga, 2014; Watts, 2012). Ello, pese a que en la práctica clínica constituyen el grueso de la población que recibirá la atención objeto de la investigación (Cherubini et al., 2011). Sin duda, la investigación en esta población es más difícil pero no por ello debe dejar de realizarse (Diener et al., 2013; Watts, 2012). Se debe tener Teniendo siempre presente la vulnerabilidad de los sujetos a estudio (Diener et al., 2013). Recientemente Lindquist et al. (Lindquist et al., 2014) ha revisado las dificultades para hacer investigación en el anciano vulnerable, pudiéndose agrupar en temas

de: inclusión, aceptabilidad y comprensión. En esta revisión se enfatiza la necesidad de incrementar la formación, o solicitar el asesoramiento pertinente, en conceptos geriátricos (Hempenius et al., 2013) .

La aplicabilidad del uso de cuestionarios en los ancianos está en muchos casos por determinar. Ya en 1998, Burnside (Burnside et al., 1998) describe las dificultades en la administración de instrumentos, concebidos para población adulta joven, a la población anciana: la fatiga y ansiedad que generan, el contexto cultural y el nivel educacional. En 2014, de nuevo Lindquist, insiste en la necesidad de flexibilizar y adaptar el diseño de los estudios con cuestionarios y de utilizar siempre que sea posible instrumentos breves (Lindquist et al., 2014).

En este intervalo de tiempo, son escasos los artículos que han explicitado las dificultades encontradas en la administración de cuestionarios a ancianos y sus consecuencias (Hall & Beatty, 2014; Hulme, Long, Kneafsey, & Reid, 2004). Tampoco se ha hecho excesivo hincapié en la aceptabilidad de los instrumentos en las revisiones sistemáticas de los mismos (Fitzsimmons et al., 2009; Guirao-Goris, Cabrero-Garcia, Moreno Pina, & Munoz-Mendoza, 2009). Sin embargo es habitual que los estudios que los utilizan en población anciana reporten bajas tasas de inclusión (Monod, Martin, Spencer, Rochat, & Büla, 2012).

Hall (Hall & Beatty, 2014) y Fitzsimmons (Fitzsimmons et al., 2009) destacan la fragilidad y el nivel educacional de los ancianos como factores importantes a considerar y analizar ante dichas dificultades.

Por último, nos centraremos en la fractura de fémur proximal o cadera que es un grave problema de salud en la actualidad afectando principalmente a personas mayores. En el año 2013 se produjeron en Catalunya 9.827 fracturas de fémur y la edad media de los pacientes

fue de 81,7 años (Generalitat de Catalunya, Departament de Salut., 2014). Está demostrado que en quienes realmente está aumentando la incidencia de fractura de cadera es en los más mayores, los *oldest old* o de más de 85 años (Auais, Morin, Nadeau, Finch, & Mayo, 2013; Azagra et al., 2014) y la fragilidad de los que la padecen (Auais et al., 2013).

También es conocido el gran impacto socioeconómico y sanitario que la fractura de cadera comporta pero no lo es el impacto personal sobre el individuo que la padece. Houldin describe la utilidad terapéutica que tiene sobre el *distress* psicológico una intervención abierta de enfermería (Houldin & Hogan-Quigley, 1995).

La satisfacción del paciente en cuanto al grado de recuperación tras haber sufrido una fractura de cadera varía según la vulnerabilidad previa del anciano, como recientemente ha demostrado el estudio cualitativo promovido por el *National Health Service*, UK (Griffiths et al., 2015). Es poco probable que un único instrumento sea útil para captar dicha satisfacción en todo el espectro de ancianos con fractura de cadera.

En el desarrollo de mi labor profesional atendiendo diariamente a ancianos enfermos en situación aguda y subaguda, muchos de ellos tras haber presentado una fractura de cadera y me preocupó la posibilidad de no estar comprendiendo y atendiendo el alcance del sufrimiento que conlleva dicha patología.

Ya se han mencionado las dificultades para aplicar diferentes instrumentos y cuestionarios en los ancianos más vulnerables, cuanto más en fases subagudas de enfermedad grave, pero la aparición de nuevas herramientas más holísticas en su diseño, plantea la ocasión de comprobar su aplicabilidad para evaluar el sufrimiento en esta subpoblación, ancianos vulnerables subagudos con fractura de fémur.

Es por ello que los objetivos de este estudio son: por un lado, analizar el impacto que haberse fracturado el fémur tiene sobre el individuo, si éste sufre, cómo sufre, cuánto sufre y por qué sufre; y por otro, comprobar la aplicabilidad de las herramientas para valorar el sufrimiento en estos enfermos. Se debía utilizar una aproximación holística y garantizar no generar más sufrimiento a una población ya de por sí extremadamente vulnerable.

## II. Marco teórico

### 1. La fractura de cadera

La fractura de tercio proximal de fémur, o fractura de cadera, es hoy en día un grave problema de salud debido al aumento exponencial de su frecuencia en los últimos años y al gran impacto socioeconómico y personal que genera.

#### 1.1. Anatomía

La fractura de la parte proximal del fémur afecta a la articulación de la cadera -a su juego articular cóncavo/convexo-. La cabeza del fémur corresponde a la parte convexa y el acetábulo de la pelvis a la cóncava.

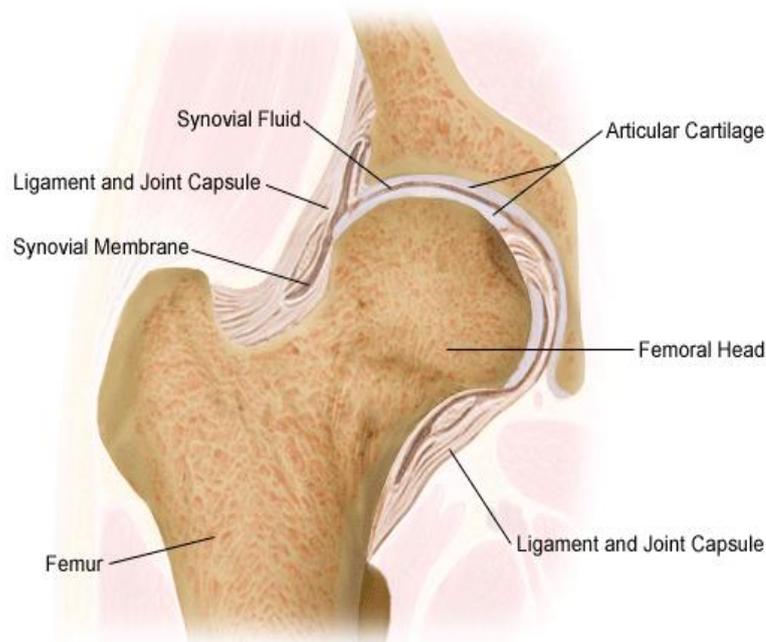


Figura 1. Anatomía de la articulación de la cadera (tomada de la web para pacientes de la Universidad de Chicago) ("Hip fracture," 2015)

Según afecten o no a la cápsula de la articulación las fracturas de caderas se clasifican en intracapsulares o fracturas del cuello femoral y extracapsulares o fracturas trocantéreas.

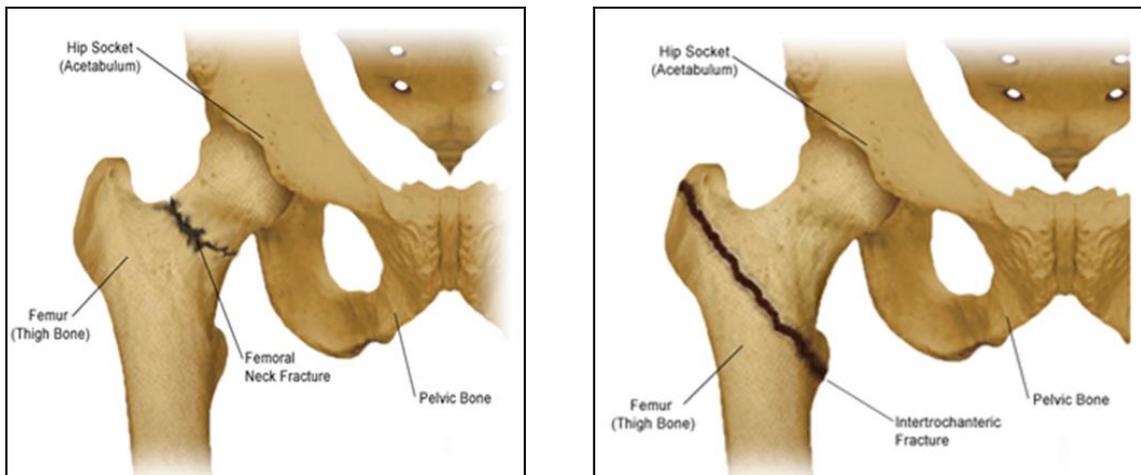


Figura 2. Clasificación de las fracturas de cadera según el trazo de fractura: intracapsular (izquierda) y extracapsular (derecha) ("Hip fracture," 2015)

## 1.2. Los factores de riesgo

La incidencia de fractura de cadera aumenta con la edad, es más prevalente en mujeres y su frecuencia está aumentando por el envejecimiento de la población (Azagra et al., 2014).

Los dos principales factores que se relacionan con la aparición de fractura de cadera en el anciano son la presencia de enfermedad osteoporótica del hueso y las caídas. Ambas se relacionan con la edad avanzada y existe una mayor prevalencia de osteoporosis entre las mujeres.

### 1.2.1. El envejecimiento de la población

El envejecimiento de la población es un fenómeno de extraordinaria magnitud especialmente en los países desarrollados. Las causas

que explican este crecimiento han sido la reducción de la tasa de mortalidad, la mejora de las condiciones de vida y un descenso gradual de la tasa de natalidad.

También en los países en desarrollo se está experimentando un envejecimiento poblacional, aunque se presenta de manera más lenta. Las estimaciones actuales indican que el número de personas de 60 años o más a nivel mundial se triplicará al llegar el año 2100, pasando de 841 millones en 2013 a 2 billones en 2050 y a cerca de 3 billones en 2100. De estos mayores, hoy en día el 66% reside en países en vías de desarrollo y se espera que este porcentaje aumente para los años 2050 y 2100 hasta el 79% y 85% respectivamente (United Nations, 2013.). En España, la cifra de población por encima de los 65 años o población de mayores (los 65 años se adopta en general como umbral estadístico para hablar de personas mayores), se ha multiplicado por siete en el siglo XX (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2002) y en los últimos años este incremento se ha visto acelerado, pasando de un 14,92% en 1997 a un 16,62% en 2008 (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010).

En 2050 y según Naciones Unidas, un 37,6% de la población española estará en la franja de más de 65 años; España será, por lo tanto, uno de los países con la población más envejecida del mundo junto a Japón (36,4%) e Italia (35,9%) (United Nations, 2013.).

**Marco teórico – La fractura de cadera**

Ello se refleja en la evolución de la forma de la pirámide poblacional española. La estructura por edad de la población inició hace 25 años el abandono de la forma piramidal. Paulatinamente se está produciendo una inversión mostrando una figura más parecida a un pilar.

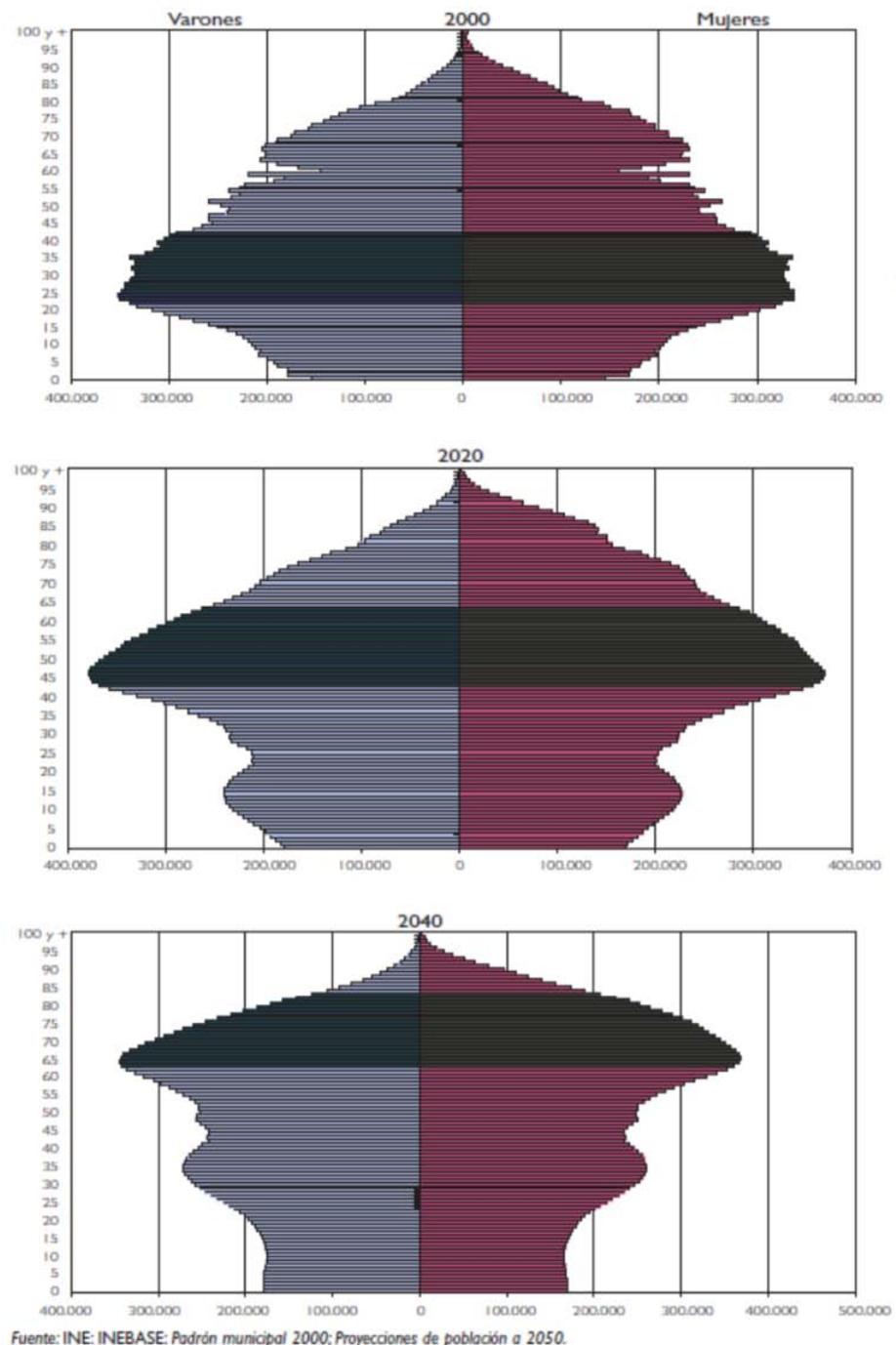
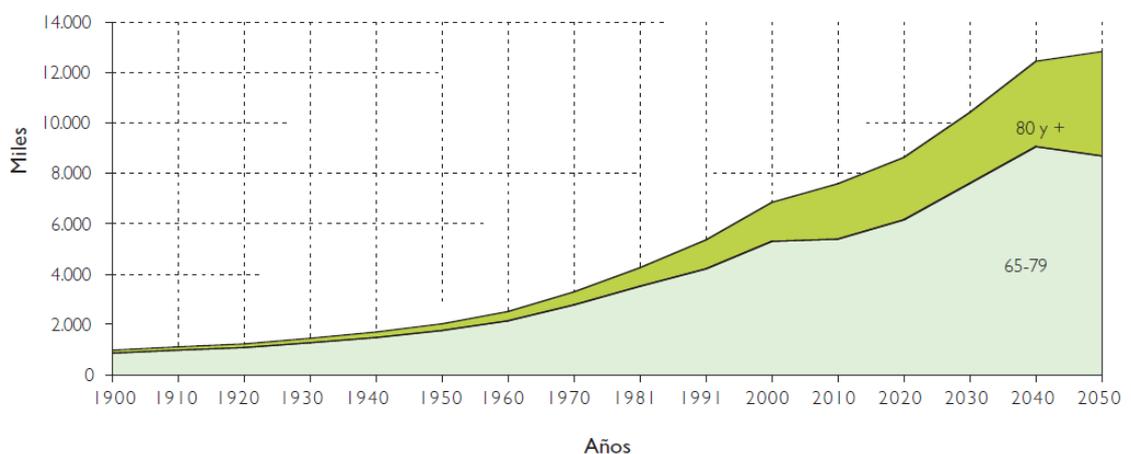


Figura 3. Población según sexo y edad. España 2000, 2020, 2040 (Instituto Nacional de Estadística de España, 2010).

Pero la población española no sólo envejece, también se está produciendo un cambio en la misma estructura poblacional de los mayores, están envejeciendo los ya viejos, es lo que se denomina *sobreenvejecimiento* de la población. Esto es, los octogenarios siguen ganando representación entre los mayores y son el segmento de la población que crece más deprisa.



\* De 1900 a 2000 los datos son reales; de 2010 a 2050 se trata de proyecciones; desde 1970 la población es de derecho.

**Figura 4. Evolución de la población mayor. España, 1900-2050 (miles). (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2002)**

En los últimos treinta años la población de edad se ha duplicado y mientras que los viejos jóvenes han crecido un 90%, los octogenarios lo han hecho un 195% (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2002). En 2050 los mayores de 80 años significarán el 32,3% de los mayores, es decir, uno de cada tres mayores será octogenario y el crecimiento relativo respecto al año 2009 se dispara hasta más del 900% para los centenarios (Tabla 1).

**Población residente en España por grupos quinquenales a 1 de enero de 2009 y de 2049**

Grupos de edad	2009	2049	Crecimiento absoluto	Crecimiento relativo (%)
TOTAL	45.828.172	47.966.653	2.138.481	4,67
0 a 4 años	2.418.939	2.299.310	-119.629	-4,95
5 a 9 años	2.245.724	2.317.571	71.847	3,20
10 a 14 años	2.095.985	2.283.219	187.234	8,93
15 a 19 años	2.270.821	2.252.754	-18.067	-0,80
20 a 24 años	2.721.001	2.316.633	-404.368	-14,86
25 a 29 años	3.552.515	2.470.271	-1.082.244	-30,46
30 a 34 años	4.080.629	2.665.873	-1.414.756	-34,67
35 a 39 años	3.906.791	2.820.434	-1.086.357	-27,81
40 a 44 años	3.678.920	2.769.202	-909.718	-24,73
45 a 49 años	3.366.203	2.638.595	-727.608	-21,62
50 a 54 años	2.926.209	2.507.077	-419.132	-14,32
55 a 59 años	2.560.214	2.555.691	-4.523	-0,18
60 a 64 años	2.375.287	2.744.749	369.462	15,55
65 a 69 años	1.942.790	3.180.535	1.237.745	63,71
70 a 74 años	1.840.012	3.414.804	1.574.792	85,59
75 a 79 años	1.685.795	3.085.595	1.399.800	83,04
80 a 84 años	1.197.568	2.554.818	1.357.250	113,33
85 a 89 años	658.846	1.786.696	1.127.850	171,19
90 a 94 años	237.223	911.322	674.099	284,16
95 a 99 años	60.354	326.663	266.309	441,24
100 y más años	6.346	64.841	58.495	921,76

Fuente: 2009, Estimaciones de la Población Actual; 2049, Proyección de Población a Largo Plazo

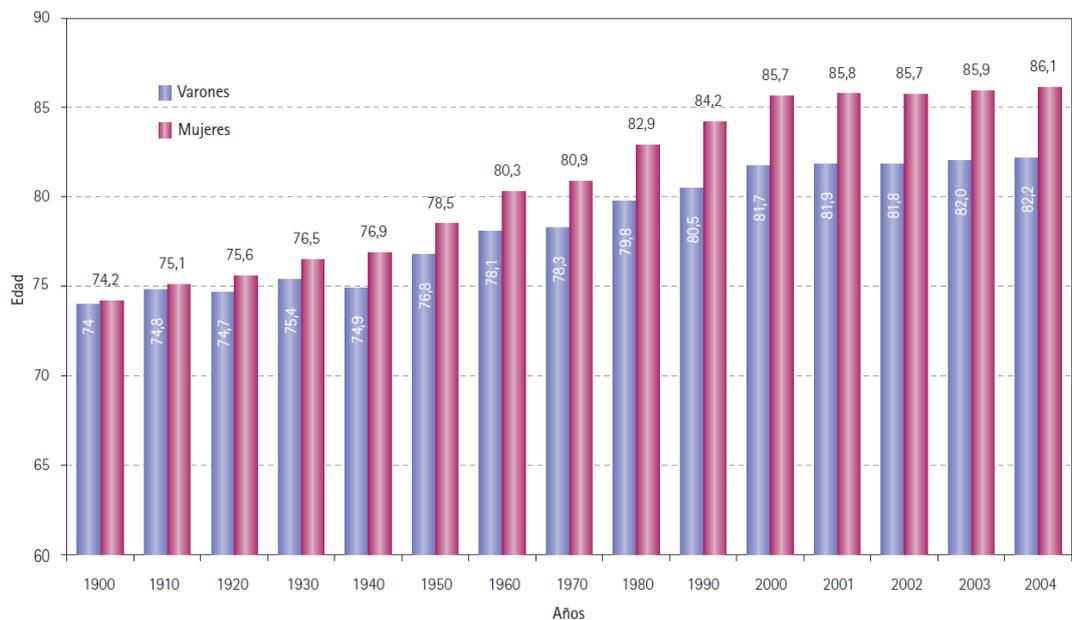
**Tabla 1. Población residente en España por grupos quinquenales a 1 de enero de 2009 y de 2049 (Instituto Nacional de Estadística de España, 2010).**

La esperanza de vida al nacer (promedio de años que se espera que viva un individuo desde el nacimiento hasta su muerte) se ha incrementado de forma espectacular durante todo el siglo XX, en España como en la mayoría de países del mundo.

Según los últimos datos del Instituto Nacional Estadística en España correspondientes al año 2012, la esperanza de vida al nacimiento de los hombres fue de 79,4 años y la de las mujeres de 85,1 años.

Además en los últimos 20 años también se está produciendo un descenso de la mortalidad entre las personas mayores de forma que también aumenta la esperanza de vida en el umbral de los 65 años (Instituto de Mayores y Servicios Sociales (España), 2009).

**Marco teórico – La fractura de cadera**



Fuentes: INE: *Anuario Estadístico de España 2004*. Edición en CD-ROM. INE, 2006.  
 INE: *Tablas de Mortalidad de la Población de España 1992-2005*. Consulta en mayo de 2008.

**Figura 5. Esperanza de vida a los 65 años. España. Varones y mujeres, 1900-2004**

La incógnita más importante que suscitan estos cambios demográficos es acerca los límites de la longevidad humana y el estado de salud que resulte de su ampliación.

Con la vejez aumentan las enfermedades de tipo crónico y degenerativo y muchas de ellas conducen a problemas funcionales. La autopercepción del estado de salud o salud subjetiva (la valoración del estado de salud por el propio individuo condicionada no sólo por las enfermedades padecidas sino por sus características personales y socioeconómicas) es peor entre los mayores: apenas el 40% manifiesta tener un estado de salud bueno o muy bueno y casi uno de cada cinco (18,7%) lo declara malo o muy malo (Instituto de Mayores y Servicios Sociales (España), 2009).

Ahora bien, también es cierto que muchos de los ancianos en nuestro país gozan de buen estado de salud y constituyen la generación que por primera vez en la historia llega a la vejez en mejores condiciones sanitarias y socioeconómicas que las previas. En palabras del Profesor Bayés, en su libro *Vivir*: “En resumen:

vivimos en una sociedad que cuenta cada día con más personas mayores competentes y con menos escupideras. Los tiempos, sin duda, están cambiando" (Bayés, 2009). Esta evolución demográfica hace necesario reconsiderar los periodos de la vida: a los 65 años a una persona le queda por vivir casi una cuarta parte de su vida total (20,9% si es varón y 24,5% si es mujer). Las políticas y la propia sociedad deberán tener en cuenta la continuidad de la vida, no compartimentar las edades y abrir un abanico de posibilidades y oportunidades para la población mayor tanto de jubilación como de participación social, de aprendizaje y de actividad para que las personas de esa edad puedan escoger su futuro (Bayés, 2009; Instituto de Mayores y Servicios Sociales (España), 2009). En palabras de Bayés: "Convertir a las nuevas oleadas de potenciales jubilados ociosos en jubilados activos capaces de disfrutar con las tareas que realicen constituye sin duda un importante reto."

### 1.2.2. Las caídas en las personas mayores

Las caídas ocurren frecuentemente entre los ancianos y son un factor fundamental que amenaza su capacidad funcional y su movilidad (Tinetti, 2003b).

Existen distintas definiciones del término caída. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define caída como aquel acontecimiento involuntario que hace perder el equilibrio y dar con el cuerpo en tierra u otra superficie firme que lo detenga (World Health Organization, Media Center, 2012). Tinetti et al define caída como "un cambio de posición súbito e inesperado que lleva al individuo a un nivel inferior, ya sea sobre un objeto, una superficie o el suelo, distinto al debido a una parálisis brusca, una ataque epiléptico o a una fuerza extrínseca irrefrenable" (Tinetti, Speechley, & Ginter, 1988). Después del análisis del concepto de caída llevado a cabo entre los años 2005 y 2006 por el comité de expertos de la red

PROFANE (Prevention of Falls Network Europe) (<http://www.profane.eu.org>), a través de Lamb et al y con el objeto de homogeneizar las futuras investigaciones, se define como aquel "suceso inesperado en el cual el sujeto va a parar al piso, suelo o nivel inferior" (Lamb, Jørstad-Stein, Hauer, Becker, & Group, 2005).

Datos globales, corroborados también en nuestro país, apuntan que aproximadamente un tercio de las personas mayores que viven en la comunidad –que no están institucionalizadas en residencia- se caen cada año y cerca de la mitad de ellas se caen más de una vez (Salva, Bolibar, Pera, & Arias, 2004) .

Aproximadamente una cuarta parte de las caídas generan lesiones físicas, en un 5-6% de los casos dan lugar a fracturas y un 1% de las caídas en los ancianos se asocia a lesiones graves, como fractura de cadera (Jiménez-Sánchez et al., 2011). De hecho el 90% de las fracturas de cadera en los ancianos son consecuencia de una caída simple desde su misma altura (C. A. Rockwood, Green, & Bucholz, 2010). Las caídas explican aproximadamente el 10% de las visitas al Servicio de Urgencias y el 6% de las hospitalizaciones desde Urgencias de las personas mayores (Tinetti, 2003b).

Como en otros síndromes geriátricos, las caídas ocurren cuando la disfunción en múltiples dominios compromete la capacidad compensatoria del individuo (Tinetti, Inouye, Gill, & Doucette, 1995). Las caídas en el anciano, especialmente si se repiten, deben considerarse como indicadoras de una situación de fragilidad o de tendencia a la discapacidad. La caída también puede ser un manifestación atípica, a veces la primera, de enfermedad aguda.

Los factores de riesgo asociados a las caídas están definidos (Avellana Zaragoza & Fernández Portal, 2007; Lazaro Del Nogal, 2009; Stevens & Olson, 2000). Entre ellos destacan:

- el antecedente de caídas previas,
- la edad avanzada,
- la alteración de la marcha y el equilibrio,
- el deterioro funcional y cognitivo,
- la disminución de la agudeza visual,
- el uso de fármacos psicoactivos y
- los obstáculos o peligros del entorno.

El riesgo de caída aumenta drásticamente cuando lo hace el número de factores de riesgo.

Pese a la elevada morbilidad y mortalidad que se deriva de sufrir una caída (U.S. Department of Health, 2006) y la evidencia existente de que hay diversas intervenciones que son efectivas en su prevención (Duaso et al., 2011; Gillespie et al., 2012; Stevens & Olson, 2000), frecuentemente sólo se presta atención a las lesiones que comportan, dejando sin investigar sus causas.

Los profesionales sanitarios que atienden a personas mayores deben preguntar sistemáticamente si estos han sufrido una caída en los meses previos, valorar el riesgo de padecerlas y ocuparse de los factores de riesgo susceptibles de ser modificados (Grupo & trabajo, 2010; Lazaro Del Nogal, 2009; Tinetti, 2003b).

Existen recomendaciones de organismos oficiales muy útiles para la valoración y prevención de las caídas (American Geriatrics Society, Expert Panel, 2011; National Institute of Health and Care Excellence, 2013) así como propuestas del modelo básico de actuación en las unidades de prevención de caídas (Duaso et al., 2011). Al mismo tiempo y para evitar el riesgo de elaborar programas de alto coste económico con objetivos "imposibles" o que no consigan una suficiente tasa de participación, es fundamental considerar las preferencias y puntos de vista de los

ancianos (McInnes & Askie, 2004; McMahon, Talley, & Wyman, 2011).

Se considera que la implementación de estrategias de salud efectivas para la prevención de caídas es un elemento básico para disminuir la morbimortalidad asociada a la fractura de cadera en el futuro (Stevens & Olson, 2000).

### 1.2.3. La enfermedad osteoporótica

La osteoporosis es una enfermedad sistémica del esqueleto caracterizada por una baja masa ósea y alteraciones de la microarquitectura del tejido óseo con el consiguiente aumento de la fragilidad del hueso y del riesgo a padecer fracturas. La osteoporosis es un proceso crónico que se desarrolla con la edad y que está relacionada con diversas enfermedades y tratamientos e influenciada por factores hereditarios, ambientales y de estilo de vida (Grupo & trabajo, 2010).

La osteoporosis muestra una incidencia y prevalencia elevadas, es la enfermedad ósea metabólica más frecuente y el proceso determinante fundamental en la producción de fracturas por encima de los 50 años (Avellana Zaragoza & Fernández Portal, 2007).

La osteoporosis se estima que afecta a 200 millones a nivel mundial (Cooper, 1999), 75 millones de personas en EUA, Europa y Japón (International & Panel, 1997). En España se calcula que afecta a casi 2,5 millones de personas (Svedbom, Hernlund, Ivergård, et al., 2013).

La prevalencia de osteoporosis es más elevada en las mujeres, especialmente en la época postmenopáusica.

A nivel mundial, la osteoporosis causa más de 8,9 millones de fracturas anualmente, resultando en una fractura osteoporótica

cada 3 segundos (Johnell & Kanis, 2006). Por encima de 50 años, una de cada tres mujeres y uno de cada cinco hombres experimentará una fractura osteoporótica (Kanis et al., 2000; L. J. Melton, Atkinson, O'Connor, O'Fallon, & Riggs, 1998; L. J. Melton, Chrischilles, Cooper, Lane, & Riggs, 1992). Haber sufrido una fractura osteoporótica se asocia con un aumento del riesgo de sufrir cualquier otra fractura del 86% (Kanis et al., 2004) .

Las tres localizaciones de fracturas más relacionadas con OP son la fractura de extremidad distal de radio, la fractura vertebral y la fractura de cadera, que es la que presenta mayor gravedad.

A nivel mundial, de los 9 millones de nuevas fracturas osteoporóticas que se estima se produjeron en el mundo en el año 2000, 1,6 millones correspondieron a fracturas de cadera, 1,7 millones a fractura de muñeca y 1,4 millones a fractura vertebral (Johnell & Kanis, 2006).

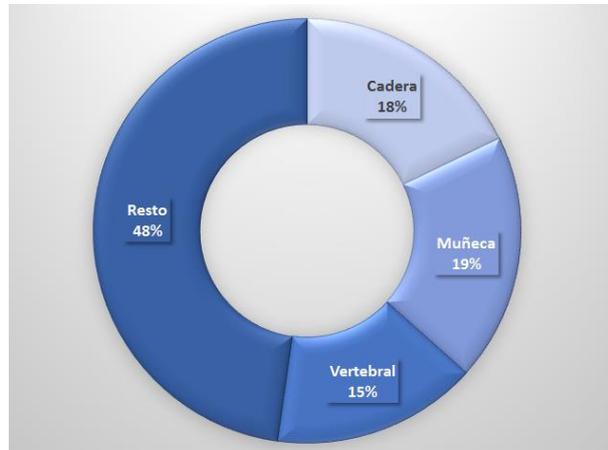
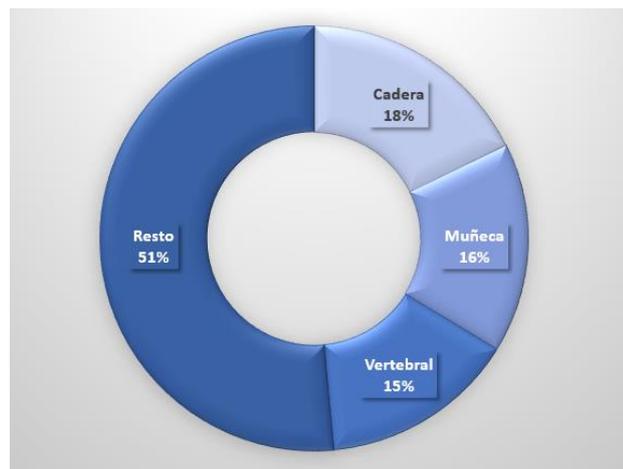


Figura 6. Fracturas osteoporóticas a nivel mundial en 2000 (9 millones)

En el año 2010 en la Unión Europea se estimó que 22 millones de mujeres y 5,5 millones de hombres tenían osteoporosis, produciéndose 3,5 millones de nuevas fracturas osteoporóticas: 620.000 fracturas de cadera, 520.000 fracturas vertebrales, 560.000 fracturas de radio y 1.800.000 en otras localizaciones óseas, resultando en un coste económico total de 37 billones de euros (Svedbom, Hernlund, Ivergård, et al., 2013).



**Figura 7. Fracturas osteoporóticas en la UE en 2010 (3,5 millones)**

En el año 2010 se calcula que en España se produjeron 204.000 fracturas osteoporóticas: 40.000 de cadera, 30.000 vertebrales, 30.000 de muñeca y 104.000 de otras localizaciones (Svedbom, Hernlund, Ivergard, et al., 2013).

Las complicaciones clínicas asociadas a la fractura osteoporótica o por fragilidad incluyen incremento en la morbilidad (dolor, discapacidad física, peor calidad de vida, etc.), incremento en el riesgo de padecer nuevas fracturas e incremento en la mortalidad. Todas estas complicaciones conllevan importantes trascendencias a nivel clínico, social y económico. En mujeres por encima de 45 años, la OP explica más días de hospitalización que muchas otras enfermedades, incluida la diabetes mellitus, el infarto agudo de miocardio y el cáncer de mama (Kanis, Delmas, Burckhardt, Cooper, & Torgerson, 1997).

La fractura de cadera constituye la consecuencia más grave de la osteoporosis.

### 1.3. Prevalencia e incidencia de la fractura de fémur y el uso de servicios sanitarios que comporta.

Según datos de la Organización Mundial de la Salud, a nivel mundial se espera que el número de fracturas de cadera por fragilidad pase de 1,7 millones en 1990 hasta 6,3 millones en 2050 (Kannus et al., 1996). Se prevé que para entonces la incidencia de fractura de cadera haya aumentado un 310% en hombres y un 240% en mujeres (Gullberg, Johnell, & Kanis, 1997).

En números totales, las mujeres presentan más fracturas de cadera que los hombres por sus mayores tasas de osteoporosis de forma que el 75% de las fracturas de cadera se producen en mujeres. A los 80 años una de cada cinco mujeres, y a los 90 años una de cada dos mujeres ha sufrido una fractura de cadera (Kannus et al., 1996). El riesgo de padecer una fractura de cadera a lo largo de la vida es del 16-18% para las mujeres y del 5-6% para los hombres (L. J. Melton, 3rd, 2000). La edad media de las mujeres que presentan una fractura de cadera es de 77 años, mientras que la de los hombres es de 72 años (C. A. Rockwood et al., 2010).

Recientemente se han estudiado los factores de riesgo asociados a presentar una segunda fractura de fémur resultando ser:

- Pertener al sexo femenino,
- Estar previamente institucionalizado,
- Presentar osteoporosis,
- Tener mala agudeza visual,
- Sufrir demencia,
- Padecer enfermedad de Parkinson,

- Presentar alguna enfermedad cardiológica o respiratoria (Zhu et al., 2014).

Entre distintos países, la variación de incidencia de la fractura de cadera puede llegar a ser de un orden de hasta 10 veces (Bacon et al., 1996; Elffors et al., 1994; Kanis et al., 2012; Schwartz et al., 1999). Los países del norte de Europa y los EUA tienen la incidencia más alta mientras que los países mediterráneos presentan la más baja (Cheng et al., 2011; Hernandez et al., 2006). Esto se atribuye a diferencias en el estilo de vida, en la estructura social, actividad física, uso de medicaciones, diferencias en la dieta, la exposición a la luz solar y las características antropométricas como talla y peso (Boufous, Finch, & Lord, 2004; Hernandez et al., 2006; Monane & Avorn, 1996; Reid, Chin, Evans, & Jones, 1994; Tang et al., 2013).

Últimamente se ha comprobado que están aumentando las características relacionadas con la vulnerabilidad o fragilidad de los individuos que presentan una fractura de cadera. Ello comporta un aumento de necesidades que debe tenerse en consideración a la hora de planificar los recursos para atender a estas personas (Auais et al., 2013).

En el año 2003 en EUA y según datos de la *US Agency for Healthcare Research and Quality*, un total de 310.000 individuos ingresaron en el hospital por fractura de cadera, representando el 30% de todos los pacientes ingresados (US Department of Health). Se calcula que esta cifra aumentará a 500.000 casos en 2040.

Durante el año 2008 en España, según datos del Ministerio de Sanidad y Política Social, se produjeron 47.308 hospitalizaciones en el Sistema Nacional de Salud por fractura de cadera en sujetos mayores de 50 años lo que arroja una incidencia de 104 casos por 100.000 habitantes y un crecimiento interanual de la tasa de utilización por esta causa de

un 1,5% desde 1997 (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010), como se puede ver en la siguiente figura 8.

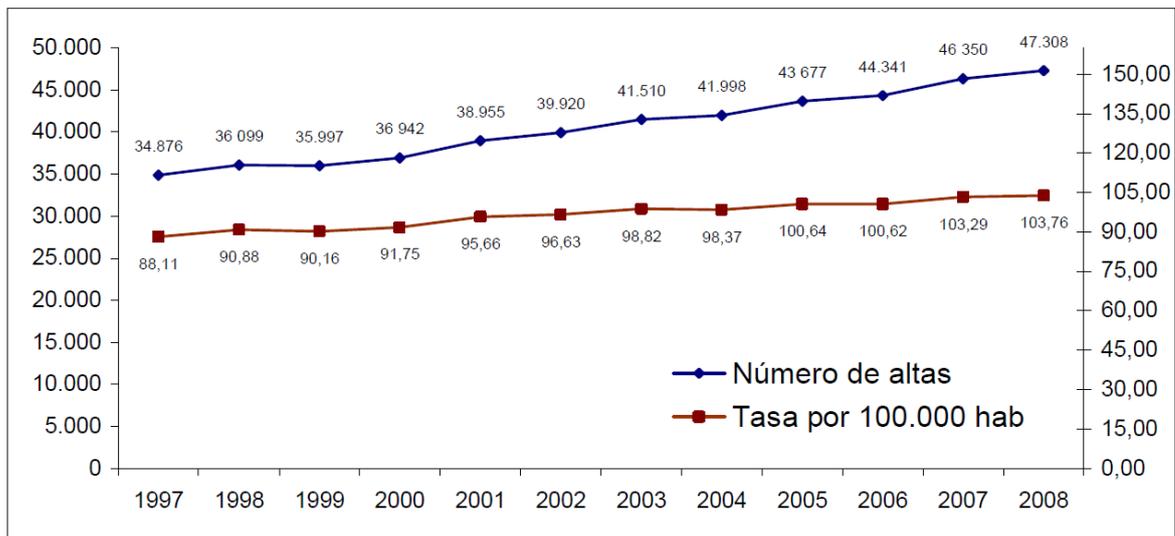


Figura 8. Número de altas en hospitalización del SNS por fractura de cadera. Periodo 1997-2008 (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010).

Si sólo nos fijamos en la población mayor de 64 años la tasa de incidencia de fractura de cadera oscila entre 500 casos por 100.000 ancianos y año (690 casos por 100.000 para mujeres y 270 casos para varones) según datos del año 2002 procedentes del Minimum Data Set del Ministerio de Sanidad de España y 720 casos por 100.000 ancianos y año según datos correspondientes al año 2003 procedentes directamente de los Servicios de Cirugía Ortopédica y Traumatología (Alvarez-Nebreda, Jiménez, Rodríguez, & Serra, 2008; Serra et al., 2002). En ambos estudios se objetivaron importantes diferencias entre Comunidades autónomas no justificables por la distribución poblacional en sexo y edad y la tasa de incidencia en Cataluña fue la mayor de toda España (639 casos y 1.120 casos por 100.000 habitantes ancianos y año, respectivamente). La diferente incidencia dentro de un mismo país ha sido descrita en otros entornos (L. J. Melton, 3rd, O'Fallon, & Riggs, 1987; Morosano, Masoni, & Sanchez, 2005; Rogmark, Sernbo, Johnell, & Nilsson, 1999).

En Cataluña y en el año 2013, según datos del Servei Català de la Salut (Generalitat de Catalunya, Departament de Salut., 2014), se produjeron 9.827 ingresos hospitalarios por fractura de cadera en mayores. La edad media para este diagnóstico fue de 81,7 años, la más elevada de cualquier categoría, por encima de neumonía aspirativa, insuficiencia cardíaca o demencia. La tasa global de hospitalización, como se puede ver en la siguiente figura, se dispara conforme aumenta la edad:

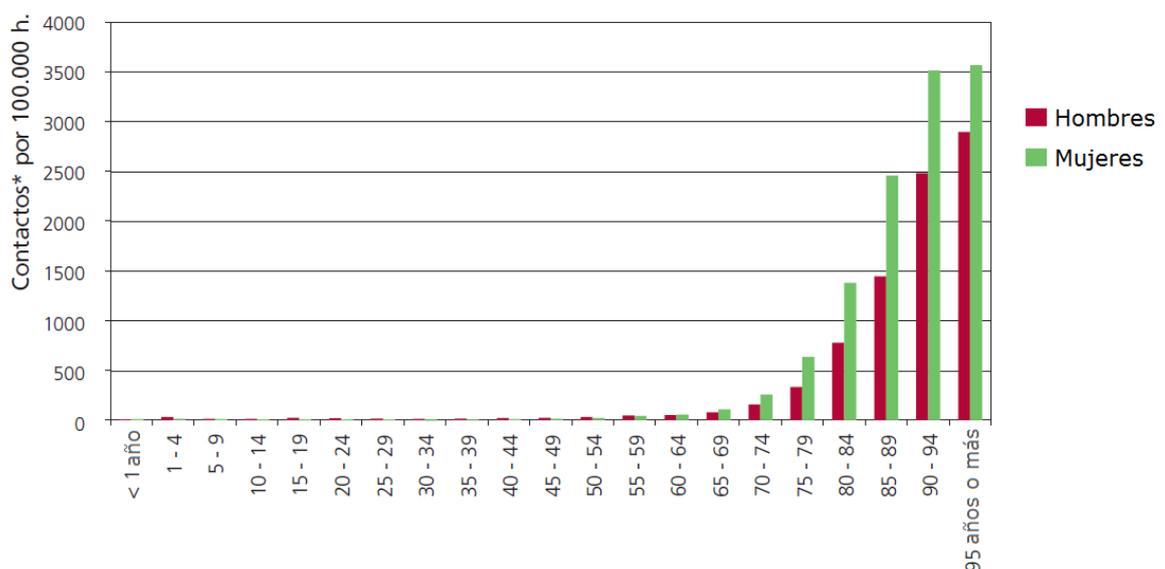


Figura 9. Tasa de hospitalización por fractura de cadera atribuible a fragilidad ósea según edad y sexo. Catalunya, 2010 (Generalitat de Catalunya, Departament de Salut., Observatori del Sistema de Salut de Catalunya., 2012)

La actividad Sociosanitaria generada por la fractura de cadera en 2013 (Generalitat de Catalunya, Departament de Salut., 2014) fue de 3.967 atenciones por parte de los Equipos de UFISS (Unidad Funcional Interdisciplinaria Sociosanitaria) con una edad media de los pacientes de 84,4 años, 3.682 ingresos en Unidades de Convalecencia (edad media de 83,9 años) y 992 ingresos en Unidades de Larga Estancia (edad media de 84,6 años) .

El coste estimado del tratamiento de una fractura de cadera es aproximadamente de 10,3 a 15,2 billones de dólares por año en EUA (Cummings, Rubin, & Black, 1990; Dy, McCollister, Lubarsky, & Lane,

2011; Huddleston & Whitford, 2001). Según datos del National Health Service en el Reino Unido el coste médico y social derivado de la atención a la fractura de cadera asciende a 2 billones de libras anuales. En Italia el coste económico por hospitalización de ancianos por fractura de fémur en el año 2005 fue equiparable al coste derivado de la hospitalización de todos los eventos cerebro-vasculares ocurridos en todas las edades (Piscitelli et al., 2012). En 2050 en Alemania se espera que el gasto derivado pase de 1 billón de euros en el año 2010 a 6,1 billones de euros en el año 2050 (Bleibler, Konnopka, Benzinger, Rapp, & König, 2013) .

En el año 2008 el coste global de los casos de hospitalización en el Sistema Nacional de Salud como consecuencia de las fracturas de cadera fue de 395,7 millones de euros y el coste medio por paciente de 8.365 euros (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010). En el año 2009 en Cataluña el coste económico directo fue de 55 millones de euros (5.943 euros por paciente) (Pueyo, Larrosa, Surís, & Garcia-Ruiz, 2012).

#### 1.4. Morbimortalidad asociada a la fractura de cadera

La fractura de cadera aumenta sustancialmente tanto el riesgo de muerte como la morbilidad en los ancianos (Bentler et al., 2009; Wolinsky, Fitzgerald, & Stump, 1997).

Se calcula que el riesgo de muerte entre los ancianos que han presentado una fractura de cadera por fragilidad es de 5 a 8 veces superior para cualquier causa de fallecimiento respecto a ancianos no institucionalizados que no la hayan padecido (Martinez-Reig, Ahmad, & Duque, 2012) .

El riesgo de fallecer se relaciona con el riesgo quirúrgico valorado mediante el *American Society of Anesthesiologist score* o ASA, el grado de comorbilidad y la presencia de demencia (Norrington-Agerskov et al.,

2013; Zhao, Shen, & Ji, 2012). Este riesgo es mayor para los sujetos institucionalizados, especialmente si se trata de varones, por encima de 90 años, aquellos con demencia y otras comorbilidades, a los que se trata de forma conservadora y para aquellos que no deambulaban de forma autónoma previamente (Neuman et al., 2014).

La mortalidad intrahospitalaria oscila entre el 1 y 10% dependiendo de la localización de la fractura y de las características del paciente, pero el riesgo es mayor en el caso de hombres (Alvarez-Nebreda et al., 2008; Alzahrani, Gandhi, Davis, & Mahomed, 2010; Frost, Nguyen, Black, Eisman, & Nguyen, 2011; Orces, 2013; Wu et al., 2011) y también cuanto mayor es la comorbilidad asociada (Alvarez-Nebreda et al., 2008; Roche, Wenn, Sahota, & Moran, 2005). Las complicaciones postquirúrgicas más frecuentes son la insuficiencia cardíaca y la infección respiratoria y ambas conllevan un incremento en la mortalidad (Roche et al., 2005).

Un meta-análisis de estudios prospectivos encontró que el riesgo relativo de muerte durante los tres primeros meses tras sufrir una fractura de cadera era de 5,75% (95% CI 4,94-6,67) para las mujeres mayores y de 7,95% (95% CI 6,13-10,30) para los hombres (Haentjens et al., 2010). Aunque disminuye con el tiempo transcurrido, el riesgo de morir nunca llega a desaparecer (Haentjens et al., 2010; Panula et al., 2011).

La mortalidad al año de haber padecido una fractura de cadera varía entre el 12 y el 37% (Abrahamsen, van Staa, Ariely, Olson, & Cooper, 2009; LeBlanc et al., 2011; Panula et al., 2011; Wolinsky et al., 1997) y hay evidencia de que está disminuyendo (Azagra et al., 2014; Brauer, Coca-Perraillon, Cutler, & Rosen, 2009).

Un reciente meta-análisis arroja los siguientes resultados: una mortalidad durante el ingreso y primer mes del 13,3%, a los 3-6 meses del 15,8%, al 1 año del 24,5% y a los 2 años del 34,5%. En

este estudio los 12 factores preoperatorios que resultaron predictores globales de mortalidad fueron:

- la edad avanzada,
- el sexo masculino,
- la institucionalización previa,
- una reducida capacidad para caminar previa,
- una reducida autonomía en la realización de las actividades de la vida diaria previa,
- un mayor índice ASA de riesgo quirúrgico,
- un mal estado cognitivo,
- elevada comorbilidad,
- la presencia de demencia, diabetes, cáncer o enfermedad cardiológica (Hu, Jiang, Shen, Tang, & Wang, 2012).

En un estudio prospectivo de casos y controles que incluía sólo mujeres ancianas previamente robustas (esto es, sin factores relacionados con fragilidad) no se encontró un aumento del riesgo de mortalidad durante el primer año tras la fractura de cadera (LeBlanc et al., 2011).

### 1.5. Pérdida funcional asociada a la fractura de cadera

Aproximadamente la mitad de los pacientes no son capaces de recuperar la capacidad de vivir de forma autónoma (Morrison, Chassin, & Siu, 1998). El 30% de los individuos no recuperan el nivel funcional previo a la fractura al cabo de 1 año; aquellos que lo recuperan lo hacen a los 6 meses de la fractura (Bertram, Norman, Kemp, & Vos, 2011).

En una revisión de la discapacidad a largo plazo tras sufrir una fractura de cadera estima que entre los que sobreviven el 42% no recupera la movilidad previa, el 35% son incapaces de caminar de forma

independiente, el 20% son incapaces de hacer la compra de forma autónoma y que el 20% ingresan en un centro residencial durante el primer año tras la fractura (Nikitovic, Wodchis, Krahn, & Cadarette, 2013). La recuperación de la capacidad de marcha tras la fractura se relaciona con el nivel funcional previo a la fractura (Burgos et al., 2008; Seitz et al., 2014).

El patrón de recuperación de la marcha respecto al tiempo transcurrido parece diferir entre los diferentes grupos de edad: así, entre los mayores jóvenes el máximo de recuperación se consigue a los 6 meses, mientras que en los *oldest old* o mayores de 84 años se prolonga al menos hasta los 12 meses desde la fractura (Ortiz-Alonso et al., 2012).

Se ha comprobado que la aplicación de índices que evalúan la reserva funcional o fragilidad de los ancianos son predictores tanto de mortalidad como de morbilidad y de resultados funcionales tras padecer una fractura de cadera (Krishnan et al., 2014; Patel et al., 2014; Tosteson, Gottlieb, Radley, Fisher, & Melton, 2007).

La fractura de cadera afecta a ancianos y los factores de riesgo que se relacionan con su aparición y con los resultados de salud que conlleva están íntimamente relacionados con la vulnerabilidad o fragilidad previa de los individuos. Ello debe tenerse en consideración tanto en la investigación (Rolland et al., 2008) como en la gestión de los recursos y en el manejo clínico asistencial de los pacientes (Auais et al., 2013).

#### 1.6. Modelos de atención al paciente con fractura de cadera y evaluación de sus resultados.

En la actualidad no existe consenso internacional en cuanto al mejor modelo de atención para estos pacientes (Liem et al., 2013).

La intervención de un equipo especialista en Geriatría en una unidad de Traumatología en nuestro entorno demostró reducir las complicaciones durante el ingreso y la mortalidad intrahospitalaria y no así la duración de la estancia media ni la funcionalidad a largo plazo (Vidán, Serra, Moreno, Riquelme, & Ortiz, 2005).

Un meta-análisis ha demostrado que el ingreso para recuperación en unidades específicamente diseñadas para pacientes geriátricos consigue mejorar los resultados de salud en cuanto a funcionalidad, ingreso en residencia y mortalidad, existiendo insuficientes datos para definir las características y el coste-eficacia de tales programas (Bachmann et al., 2010).

Recientemente y por primera vez, un amplio estudio prospectivo y aleatorizado ha demostrado que se dan mejores resultados en cuanto a movilidad, autonomía en actividades de la vida diaria, calidad de vida percibida y coste-efectividad de una unidad de ortogeriatría especializada respecto a una unidad ortopédica habitual (Prestmo et al., 2015).

Hasta la fecha, una de las principales dificultades para poder comparar entre si la eficacia de los diferentes modelos asistenciales ha radicado en la heterogeneidad en la forma de valorar los resultados de salud de los mismos (Hutchings, Fox, & Chesser, 2011).

Para intentar solventarlo y promovido por la asociación internacional *AOTrauma Network*, Liem et al. proponen los siguientes parámetros de recursos y resultados que deberían considerarse para valorar la eficacia de las diferentes intervenciones (Liem et al., 2013):

- mortalidad,
- estancia media hospitalaria,
- tiempo de demora quirúrgica,
- complicaciones,

- tasa de reingresos,
- movilidad,
- calidad de vida,
- dolor,
- actividades de la vida diaria,
- uso de medicaciones,
- lugar de residencia y
- costes.

No se contemplan dos variables que, aunque reconociendo su importancia, los autores consideran difíciles de evaluar: la satisfacción con la asistencia recibida y las caídas.

A destacar de esta propuesta varios hechos. En primer lugar, esta valoración del resultado sobre la salud es más holística y completa que cuando se usan sólo variables unidimensionales, como por ejemplo la recuperación de la capacidad de marcha (Chudyk, Jutai, Petrella, & Speechley, 2009). Sin embargo, la recogida de todas esas variables puede suponer una excesiva carga a los pacientes, sobre todo para los más vulnerables, así que deberá comprobarse que ello no acabe excluyéndolos de los estudios sobre eficacia. Por otro lado, la propuesta de Liem es fruto de un consenso de expertos tras la revisión sistemática de la literatura y no incluye la opinión de pacientes en cuanto a qué resultados de salud serían relevantes para ellos (Tinetti et al., 2011). Y es que el hecho de recabar toda esa información no debe ser un fin en sí mismo sino que el objetivo es en último término mejorar el cuidado y atención de los pacientes (Coulter, Locock, Ziebland, & Calabrese, 2014), en lo que sin duda su opinión no resulta trivial. No sería la primera vez que la opinión de expertos y la de los pacientes no coinciden en cuanto a elementos de calidad de atención (Abdul-Razzak, You, Sherifali, Simon, & Brazil, 2014; Singer, Martin, & Kelner, 1999).

En este sentido resulta muy interesante el reciente estudio realizado en el Reino Unido por Griffiths et al. y promovido por el *National Health Service* (Griffiths et al., 2015). El objetivo del mismo era realizar una aproximación cualitativa a la percepción de los pacientes en cuanto a satisfacción con los resultados de salud tras haber sido atendido por haber sufrido una fractura de cadera. La pretensión era posteriormente elaborar un instrumento que sirviera para valorar los resultados de la atención desde el punto de vista del paciente. Pues bien, los autores concluyen que dada la heterogeneidad de los pacientes, sobre todo en cuanto a su estado funcional previo, no parece que un único instrumento pueda captar dicha satisfacción y se debe individualizar y personalizar en cada caso.

De hecho el objetivo fundamental de la atención al anciano con fractura de cadera es mejorar su calidad de vida de forma individual mediante la consecución de objetivos razonables y conseguir el máximo de recuperación funcional en cada caso. La individualización de las necesidades de cada sujeto no puede ser minusvalorada en ningún caso (Radosavljevic, Nikolic, Lazovic, & Jeremic, 2014) y estas necesidades se deben explorar a través de la comunicación médico-paciente, o sea, a través del establecimiento de una relación terapéutica de confianza entre ambos (Institut d'Estudis de la Salut, 2002).

A la espera de mayores evidencias (Crotty et al., 2010; Handoll, Cameron, Mak, & Finnegan, 2009), sí que se considera que la atención que reciban los ancianos que han sufrido una fractura de cadera debe incorporar la valoración multidimensional, el trabajo interdisciplinario y la coordinación entre los profesionales y los ámbitos pertinentes (Beaupre et al., 2013; De Rui, Veronese, Manzato, & Sergi, 2013; Giusti, Barone, Razzano, Pizzonia, & Pioli, 2011; Momsen, Rasmussen, Nielsen, Iversen, & Lund, 2012; Pioli, Davoli, Pellicciotti, Pignedoli, &

Ferrari, 2011; Roth, Kammerlander, Gosch, Luger, & Blauth, 2010; Wilson, 2013). Todo ello son los fundamentos de la atención geriátrica.

En definitiva, la fractura de cadera constituye un grave problema de salud con una elevada incidencia entre las personas mayores, especialmente entre los más vulnerables.

## 2. La Geriátría, la fragilidad y la atención centrada en el paciente anciano.

### 2.1. Introducción.

Marjorie Warren: el nacimiento de la Geriátría.  
Conceptos erróneos respecto a la Geriátría.

A modo de breve apunte histórico, cabe recordar que la especialidad de Geriátría nace en la primera mitad del siglo XX en el Reino Unido de las manos de Marjorie Warren, considerada la primera geriatra de la historia.

Hasta entonces los pacientes ancianos eran con frecuencia etiquetados de incurables por su elevada edad. A menudo eran rechazados de los programas de tratamiento médico y rehabilitador, permaneciendo de por vida en las antiguamente llamadas salas de crónicos. A partir del interés, el estudio y el trabajo de Warren con estos pacientes nace el primer servicio de Geriátría en el West Middlesex Hospital en 1935. Warren y sus colaboradores observaron que muchos de estos pacientes añosos padecían procesos que eran susceptibles de rehabilitación y que mejoraban con la atención adecuada (Warren, 1943, 1946).

Quizás influido por la malinterpretación del origen histórico de la Geriátría y seguro por el desconocimiento de la geriatría actual, podría pensarse que la geriatría es sinónimo de atención a los ancianos crónicos o con problemática social. También sería erróneo considerarla como la medicina de personas mayores de 65 años (Robles et al., 2006). Se pasa a aclarar el porqué a continuación.

## 2.2. Definición de la especialidad de geriatría. Campo de acción y metodología de trabajo.

La geriatría es la rama de la medicina que se ocupa de los aspectos preventivos, clínicos, terapéuticos y sociales de la enfermedad en el individuo anciano, y su principal objetivo es prevenir y superar la pérdida de autonomía, a la cual estas personas son especialmente susceptibles (Robles et al., 2006).

Pero, ¿por qué el individuo anciano debe recibir una atención diferenciada respecto al joven y en qué consiste?

El manejo clínico del enfermo anciano es diferente respecto al del adulto joven en lo que se refiere al diagnóstico, al tratamiento y a los resultados (D.B. Reuben, 2003; Tinetti, 2003a).

En el adulto joven, el principal objetivo de la atención médica suele ser el diagnóstico de aquella enfermedad que está ocasionando determinados síntomas, signos y/o anomalías en pruebas complementarias. El tratamiento se dirige al mecanismo fisiopatológico responsable de la enfermedad. Los resultados clínicos son los relacionados con esa enfermedad e incluyen la curación, si la enfermedad es aguda, o su control o modificación si la enfermedad es crónica.

Este abordaje clínico convencional, específico o centrado en la enfermedad, no es el óptimo para el paciente anciano por los siguientes motivos (Tinetti, 2003a):

- De media, un anciano de 75 años padece 3,5 enfermedades crónicas. La coexistencia de enfermedades crónicas hace que sean menos consistentes las relaciones entre la patología y la enfermedad y entre la enfermedad y las manifestaciones clínicas. Una enfermedad puede ocultar o alterar la patología, la

**Marco teórico – La Geriatría, la fragilidad y la atención centrada en el paciente anciano**

clínica o la precisión de las pruebas diagnósticas de otras enfermedades presentes. El tratamiento de una enfermedad puede empeorar otra enfermedad. Cuando existen múltiples enfermedades puede resultar difícil, a veces imposible, determinar la severidad o las manifestaciones de una determinada enfermedad o delimitar claramente su papel en un determinado estado de salud o funcional.

- Muchos síntomas o dolencias que preocupan y afectan a los ancianos, como por ejemplo el dolor, los mareos, la inestabilidad de la marcha, el cansancio o el insomnio, no pueden ser atribuidos exclusivamente a una enfermedad sino que son el resultado de los efectos de diferentes factores físicos, psicológicos y sociales. Para el manejo de dichas dolencias en el anciano vulnerable conviene considerar como objetivos fundamentales la mejoría sintomática y la preservación del estado funcional.
- Los ancianos difieren mucho entre sí en la importancia que le dan a los diferentes objetivos de salud. Cuando se les pregunta, son capaces de priorizar entre objetivos tales como el tiempo de supervivencia, el confort, la capacidad cognitiva o la capacidad funcional. Las decisiones clínicas óptimas para los ancianos incluyen la articulación de estas preferencias u objetivos de salud, la identificación de las enfermedades, dolencias y otros factores que impidan la consecución de dichos objetivos y la selección de las opciones terapéuticas de aquellas "limitaciones o dificultades" que sean modificables. Esto hace que el manejo clínico óptimo del anciano sea altamente variable de un sujeto a otro, deba ser individualizado y resulte ser muy complejo.
- El manejo clínico del anciano es más complicado por la presencia de "otras personas". Los cónyuges, hijos, otra familia o

**Marco teórico – La Geriatría, la fragilidad y la atención centrada en el paciente anciano**

allegados a menudo participan de una forma u otra en el cuidado del anciano, sobre todo en el caso de existir deterioro cognitivo. Su participación es de gran ayuda y a menudo es crucial al ofrecer información adicional, facilitar el cumplimiento de las terapias y ofrecer apoyo emocional e instrumental. También pueden ser origen de conflicto, sobre todo cuando las preferencias del anciano no son compartidas por el entorno.

- El espectro de las condiciones de salud en la persona anciana es más amplio que en el adulto joven. Las entidades clínicas que es obligatorio considerar no sólo incluyen las enfermedades agudas o crónicas sino también su capacidad funcional, su capacidad cognitiva, su entorno social y la presencia de síndromes geriátricos. Las alteraciones a nivel funcional, cognitivo y los síndromes geriátricos no sólo son importantes por poder constituir la única manifestación de otra enfermedad, sino porque son por ellas mismas entidades mórbidas a tratar.

Aunque se pueden entrever algunas de las claves en los párrafos previos, se deben aclarar dos cuestiones fundamentales en cuanto a la geriatría: ¿todos los enfermos ancianos se benefician de un abordaje geriátrico? y ¿en qué consiste dicho abordaje?

Para proseguir en la respuesta a las preguntas planteadas y al hilo de lo ya mencionado, es importante entender que el "anciano" no sólo se diferencia del "adulto joven", los ancianos difieren entre sí. De hecho, la población mayor de 65 años no es una población en absoluto homogénea; al contrario, aunque tengan una edad similar las personas mayores pueden ser radicalmente diferentes entre sí. Diferentes, entre otros, en términos de severidad de las enfermedades, de la situación funcional del anciano - o su capacidad de llevar a cabo las actividades de la vida diaria-, del pronóstico, del riesgo de acontecimientos adversos, de sus preferencias y deseos en

**Marco teórico – La Geriatría, la fragilidad y la atención centrada en el paciente anciano**

cuanto a los objetivos de la atención (American Geriatrics Society, Expert Panel on the Care of Older Adults with Multimorbidity, 2012)

Esta gran heterogeneidad de la población anciana es producto de las diferencias entre los individuos en ciertos factores genéticos, ambientales, hábitos de vida y de las enfermedades que padezcan o hayan padecido (Figura 10), lo que ocasiona que dispongan, no sólo respecto a los adultos jóvenes sino también entre ellos, de una diferente reserva funcional o fragilidad.

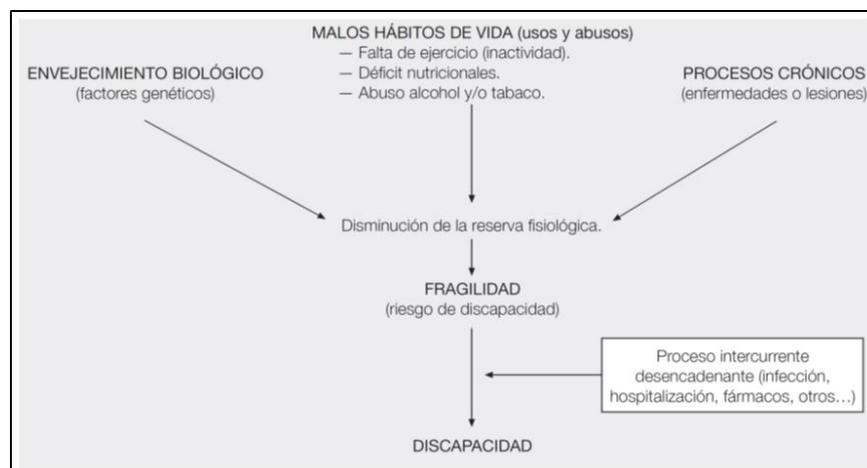


Figura 10. Esquema y mecanismos que desarrollan la fragilidad. Tomado de Robles et al (Robles, Miralles, Llorach, & Cervera, 2006).

En la práctica clínica se diferencian distintos perfiles de ancianos que reflejan esta heterogeneidad. En nuestro entorno, la clasificación y la definición de las tipologías de ancianos que ha adquirido un mayor nivel de consenso es la que se expone a continuación (Figura 11) (Robles et al., 2006):

**Marco teórico – La Geriatría, la fragilidad y la atención centrada en el paciente anciano**

	Anciano sano* (adulto viejo)	Anciano frágil (anciano de alto riesgo)	Paciente geriátrico
			
Concepto	Edad avanzada y ausencia de enfermedad objetivable.	Edad avanzada y alguna enfermedad u otra condición que se mantiene compensada (en equilibrio con el entorno) (alto riesgo de descompensarse) (alto riesgo de volverse dependiente).	Edad avanzada y algunas enfermedad/es crónica/s que provocan dependencia, suele acompañarse de alteración mental y/o de problema social.
Actividades instrumentales vida diaria **	Independiente (para todas).	Dependiente (para una o más).	Dependiente (para una o más).
Actividades básicas vida diaria ***	Independiente (para todas).	Independiente (para todas).	Dependiente (para una o más).
Comportamiento ante la enfermedad	Baja tendencia a la dependencia.	Alta tendencia a la dependencia.	Tendencia a mayor progresión de la dependencia.
Probabilidad de desarrollar síndromes geriátricos	Baja.	Alta.	Muy alta.

\* El llamado «anciano enfermo» se corresponde con el anciano sano que padece una única enfermedad aguda (ver texto).

\*\* Referido a actividades instrumentales complejas (comprar, cocinar, lavar ropa, limpieza de hogar, usar teléfono, usar dinero, usar transporte público y tomarse la medicación) pueden ser evaluados mediante el índice de Lawton u otros similares (ver instrumentos de evaluación en anexo).

\*\*\* Referido a actividades básicas para el autocuidado (comer, higiene, vestirse, utilizar cuarto de baño, continencia y movilidad) pueden ser evaluados mediante el índice de Barthel u otras similares (Katz, Escala de incapacidad física Cruz Roja) (ver instrumentos de evaluación en anexo).

**Figura 11. Tipologías de ancianos: perfiles clínicos orientativos. Tomado de Robles et al (Robles et al., 2006).**

- **Anciano sano:** persona de edad avanzada con ausencia de enfermedad objetivable. Su capacidad funcional está bien conservada y es independiente para actividades básicas e instrumentales de la vida diaria y no presenta problemática mental o social derivada de su estado de salud.
- **Anciano enfermo:** es aquel anciano sano con una enfermedad aguda. Se comportaría de forma parecida a una paciente enfermo adulto. Suelen ser personas que ingresan en los hospitales por un proceso único, no suele presentar otras

**Marco teórico – La Geriatría, la fragilidad y la atención centrada en el paciente anciano**

enfermedades importantes ni problemas mentales ni sociales. Sus problemas de salud pueden ser atendidos y resueltos con normalidad dentro de los servicios tradicionales sanitarios de la especialidad médica que corresponda.

- **Anciano frágil:** es aquel anciano que conserva su independencia de manera precaria y que se encuentra en situación de alto riesgo de volverse dependiente. Se trata de una persona con una o varias enfermedades de base, que cuando están compensadas permiten al anciano mantener su independencia básica, gracias a un delicado equilibrio con su entorno socio-familiar. En estos casos, procesos intercurrentes (infección, caídas, cambios de medicación, hospitalización, etc.) pueden llevar a una situación de pérdida de independencia que obligue a la necesidad de recursos sanitarios y/o sociales. En el anciano frágil la capacidad funcional está aparentemente conservada para las actividades básicas de la vida diaria (autocuidado) aunque pueden presentar dificultades en tareas instrumentales más complejas. El hecho fundamental que define al anciano frágil es que siendo independiente, tiene alto riesgo de volverse dependiente (riesgo de discapacidad).
- **Paciente geriátrico:** es aquel paciente de edad avanzada con una o varias enfermedades de base crónicas y evolucionadas, en el que ya existe discapacidad de forma evidente. Estos pacientes son dependientes para las actividades básicas de la vida diaria, precisan de ayuda de otros y con frecuencia suelen presentar alteración mental y problemática social.

Aunque la geriatría abarca la atención de los ancianos desde una amplia perspectiva, incluyendo aspectos también preventivos, cabe destacar que su población diana principal está constituida por los perfiles clínicos de anciano frágil y anciano geriátrico, ya que son los que más se benefician del abordaje geriátrico. Esto es así porque ellos

**Marco teórico – La Geriatría, la fragilidad y la atención centrada en el paciente anciano**

son los pacientes que tienen mayor riesgo de comportarse ante la enfermedad con tendencia a la discapacidad y a la presentación de síndromes geriátricos (Ilustración 4). Es en esta población anciana donde el abordaje geriátrico que desde el inicio de la atención tenga en cuenta este riesgo y sus consecuencias, e intervenga para prevenirlas, detectarlas, atenuarlas o acortarlas resulta trascendental.

El abordaje geriátrico o la sistemática de trabajo de la geriatría respecto a otras especialidades médicas es diferente, vertebrándose en tres ejes principales recogidos por Robles et al (Robles et al., 2006):

- a) La Valoración Geriátrica Integral (VGI), que es "el proceso diagnóstico dinámico y estructurado que permite detectar y cuantificar los problemas, necesidades y capacidades del anciano en las esferas clínica, funcional, mental y social (multidimensional) para elaborar basada en ellos una estrategia interdisciplinaria de intervención, tratamiento y seguimiento del anciano con el fin de optimizar los recursos y de lograr el mayor grado de independencia y, en definitiva, de calidad de vida" (Sanjoaquín et al., 2006).

O expresado de diferente forma, la VGI es un término amplio que se usa para describir la evaluación de salud del anciano haciendo hincapié en que la aproximación clínica utilizada es diferente que en la evaluación médica estándar. Esta aproximación reconoce que el estado de salud del anciano viene determinado no sólo por las manifestaciones de su condición médica, sino también por otros factores o dimensiones: funcional, cognitivo, emocional, social y de entorno. De todos ellos, el factor funcional o la capacidad que tiene el anciano para llevar a cabo las actividades de la vida diaria, es especialmente preponderante. El estado funcional no sólo es una dimensión a

**Marco teórico – La Geriatría, la fragilidad y la atención centrada en el paciente anciano**

ser evaluada sino un resultado de salud a mejorar o mantener (D.B. Reuben, 2003).

Y si es imprescindible otorgar al nivel funcional un papel central y determinante en el estado de salud del anciano, también hay que recordar las estrechas relaciones existentes entre todas las dimensiones que determinan ese estado de salud.

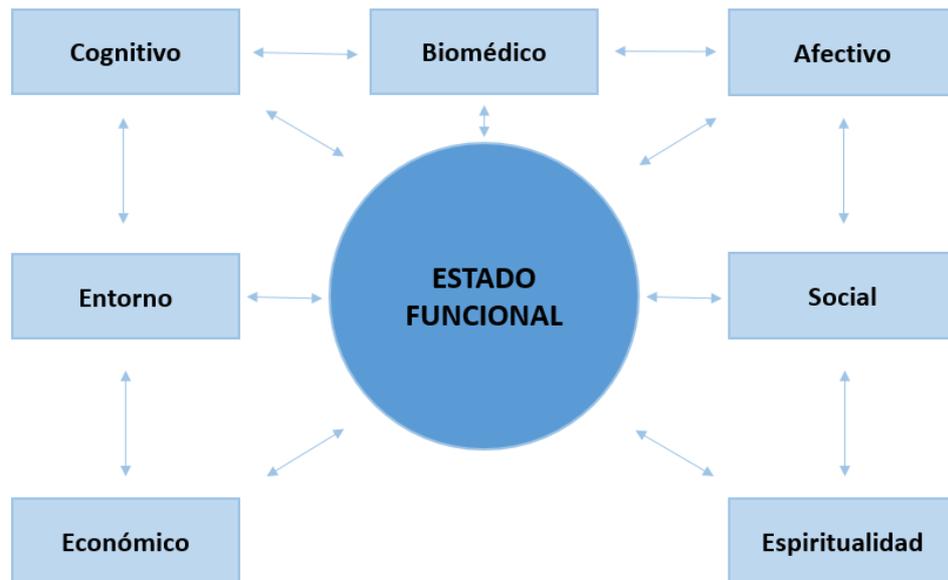


Figura 12. Las dimensiones de la VGI y sus interacciones. Tomado de Reuben (2003).

Otra forma gráfica de representar la importancia de cada una de las dimensiones de salud y la interdependencia entre ellas en el anciano es con la figura de un taburete con tres patas (Figura 13). Las tres patas representan respectivamente las esferas funcional, mental y social del anciano y la dimensión biológica o enfermedad propiamente dicha, no representada, reposaría en lo alto del taburete.

### Esferas de influencia en la salud del anciano

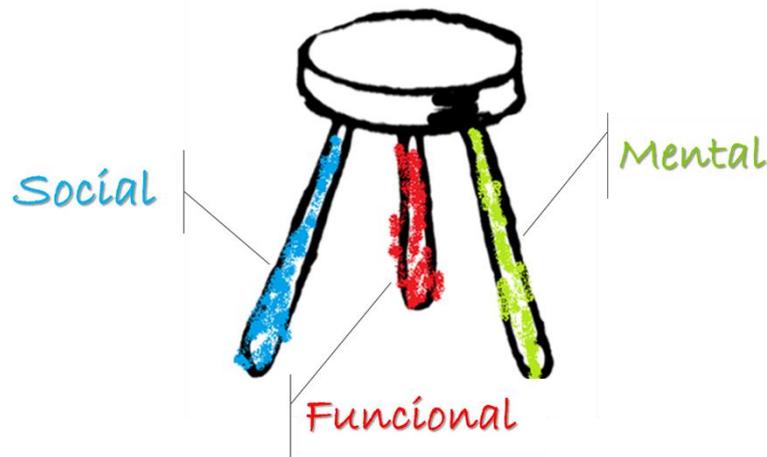


Figura 13. Representación gráfica de las esferas de salud del anciano.  
(A. Pujol)

Aunque la enfermedad biomédica haya sido excelentemente tratada, si cualquiera de las patas en que sustenta el taburete falla, tanto la esfera funcional o la mental o el entorno de cuidados, el estado de salud no se puede considerar conservado.

- b) La interdisciplinariedad, entendida por Robles et al. como “el modelo de intervención conjunto, armónico y estructurado de los diversos profesionales implicados en un objetivo común”.
- c) Los niveles asistenciales en función de las necesidades, sanitarias y sociales, que plantean los ancianos según la fase evolutiva de su enfermedad y que garantizan el tipo y calidad de cuidados necesarios en cada momento.

En definitiva, el manejo clínico del enfermo anciano incluye indefectiblemente los siguientes pasos:

- la evaluación de las dimensiones de su salud,
- la propuesta e implementación de un plan de cuidados,
- la revisión periódica de los resultados de salud que se van obteniendo

Debiendo incorporar en todo momento las preferencias y valores del individuo, lo que introduce el concepto de atención centrada en el paciente (American Geriatrics Society, Expert Panel on the Care of Older Adults with Multimorbidity, 2012; D. B. Reuben & Tinetti, 2012; Sloan, 1997).

En palabras de Mary E. Tinetti: "además de complejo, el manejo clínico del anciano es efectivo e inmensamente gratificante" (Tinetti, 2003a).

### 2.3. Conceptos básicos en Geriatría: la vulnerabilidad o fragilidad del anciano y el cuidado centrado en el paciente.

En el trasfondo de lo escrito hasta el momento se encuentran tanto el concepto de fragilidad del anciano como el modelo de atención centrada en el paciente. Estos son conceptos básicos en Geriatría.

Recapitulando un instante. El nacimiento de la geriatría dio lugar a que la atención sanitaria del anciano no se basase exclusivamente en la atención a la enfermedad sino que abarcara otros aspectos tremendamente relevantes en su salud como la función, la discapacidad, el estado cognitivo, los síndromes geriátricos, los condicionantes psicosociales y de entorno. Para ello se fundamentaron las bases distintivas de la Geriatría: la valoración geriátrica integral, los niveles asistenciales y el trabajo en equipo interdisciplinario. Este modelo de atención al anciano ha demostrado una mayor eficacia y eficiencia respecto al modelo tradicional basado en la enfermedad en estos enfermos (Baztan, Suarez-Garcia, Lopez-Arrieta, & Rodriguez-Manas, 2011).

Sin embargo, estamos ante dos retos para los profesionales y sistemas de la salud que atienden a los ancianos: por un lado, es una prioridad establecer intervenciones efectivas para prevenir o retrasar la

**Marco teórico – La Geriatría, la fragilidad y la atención centrada en el paciente anciano**

aparición de discapacidad y dependencia en personas mayores, principalmente entre aquellos más vulnerables o "frágiles" ya que este estado les confiere un riesgo elevado de presentar acontecimientos adversos graves de salud como dependencia, hospitalización, institucionalización y muerte; y por otro lado, y no sólo pero especialmente en Geriatría, se debe seguir avanzando en proporcionar una asistencia de mayor calidad que consista en perseguir y obtener resultados de salud no sólo globales sino también significativos para el enfermo anciano. Se trata de dar respuesta a los problemas y necesidades de salud del anciano incorporando sus valores, preferencias y deseos en la toma de decisiones.

### 2.3.1. La fragilidad.

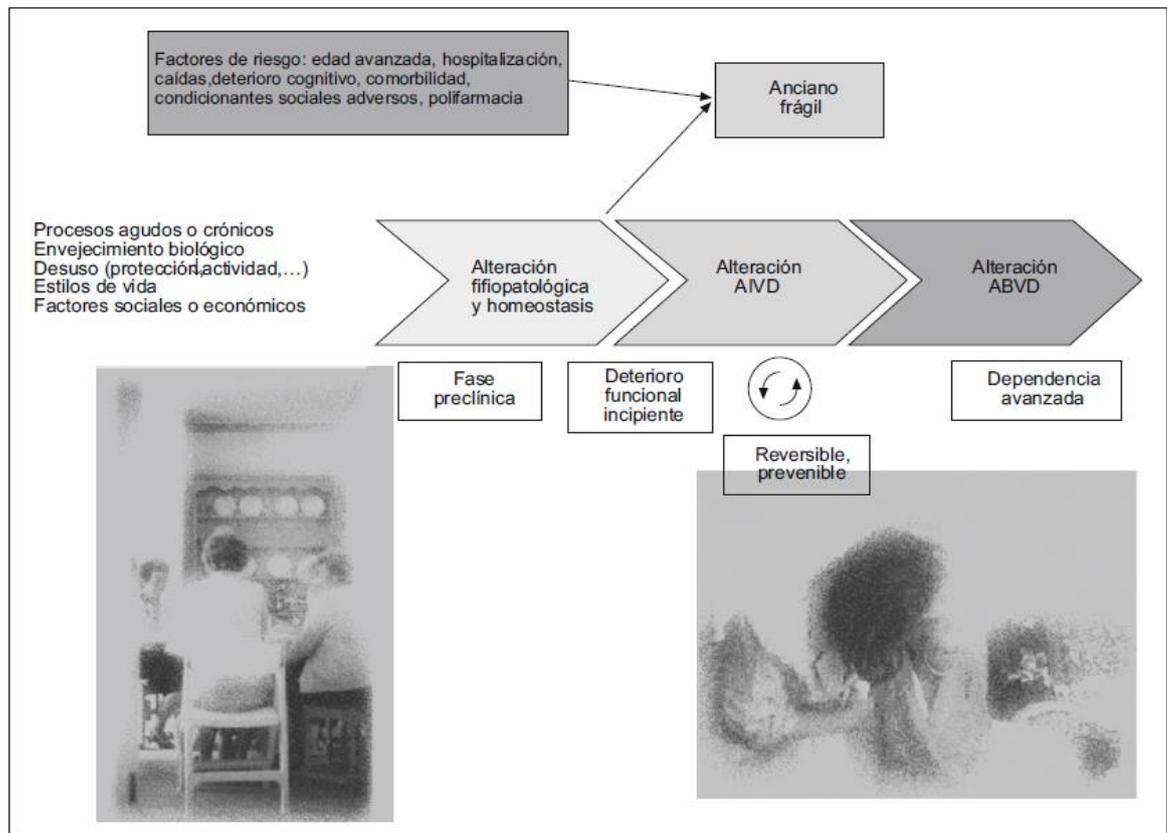
El concepto de fragilidad lleva años extendido en el ámbito de la Geriatría y viene definido por (Clegg et al., 2013; Martin Lesende et al., 2010):

- ser un estado fisiopatológico de vulnerabilidad que predispone al anciano que la tiene a presentar acontecimientos adversos graves de salud,
- derivado de una falta de mecanismos compensadores y pérdida de la homeostasis,
- como consecuencia del declive acumulativo en múltiples sistemas corporales,
- conlleva la disminución de la reserva funcional del anciano
- y, característicamente, provoca que un insulto relativamente menor origine un cambio desproporcionado en el estado de salud del anciano.

La fragilidad constituye una continuidad entre lo fisiológico y lo funcional con lo patológico, desde la falta de fragilidad (o situación

**Marco teórico – La Geriatría, la fragilidad y la atención centrada en el paciente anciano**

de robustez) a la fragilidad y posteriormente a la discapacidad o dependencia, como se puede ver en la Figura 14.



**Figura 14. Desarrollo de la pérdida de función hasta la dependencia y situación del anciano frágil. Tomado de Martín Lesende (Martín Lesende, Gorrongoitia Iturbe, Gómez Pavón, Baztan Cortes, & Abizanda Soler, 2010).**

La relevancia del concepto de fragilidad es mayor si se considera que existen intervenciones que han demostrado prevenir e incluso revertir el estado de fragilidad, destacando entre ellas el ejercicio físico, la suplementación nutricional y una intervención multidimensional basada en la valoración geriátrica integral (Abizanda Soler, 2014; Clegg et al., 2013).

De todas formas hay que remarcar que si bien la fragilidad es un proceso dinámico, la transición a mayor fragilidad es más común que la mejoría de la misma y que el desarrollo de fragilidad a menudo conduce a una espiral de mayor fragilidad y mayor riesgo de resultados de salud adversos (Clegg et al., 2013).

Conceptualmente, existen dos modelos principales de fragilidad: "el modelo fenotipo" de Linda Fried, USA (Fried et al., 2001) y el "modelo acumulativo de déficits" de Kenneth Rockwood, Canada (K. Rockwood et al., 2005).

a) El "modelo fenotipo" de fragilidad fue propuesto por Fried et al. en el año 2001 considerando la fragilidad como un síndrome constituido por cinco variables:

- pérdida no intencionada de peso,
- debilidad muscular (medida con un dinamómetro),
- cansancio o baja resistencia,
- lentitud de la marcha
- y grado de actividad física.

Los individuos con uno o 2 criterios se consideran prefrágiles y aquellos con 3 o más criterios se consideran frágiles. El modelo fenotipo es, pues, categórico: un anciano es "robusto", prefrágil o frágil.

Paralelamente, una de las grandes aportaciones de Fried et al., fue distinguir la fragilidad de la comorbilidad y de la discapacidad; si bien pueden coincidir en la misma persona, las tres circunstancias no son sinónimas. Por ejemplo, la fragilidad se distingue de la discapacidad en su carácter multidimensional y progresivo (Fried et al., 2001).

b) El "modelo acumulativo" fue propuesto por Rockwood et al. en 2005. Según este modelo la fragilidad es un estado producto del efecto sumatorio de la presencia de déficits o afecciones que abarcan diferentes dominios en un mismo individuo. Estas afecciones son síntomas (p. ej., bajo estado de ánimo), signos (p. ej., temblor), alteraciones analíticas, enfermedades y discapacidades concretas. El Índice de Fragilidad resulta del cálculo de la presencia o ausencia de dichas variables respecto del total, de forma que a mayor

número de déficits, mayor fragilidad presenta el individuo. El modelo acumulativo es un modelo continuo: el individuo concreto posee un mayor o menor grado de fragilidad sobre un continuum de la misma.

Ambos modelos muestran solapamiento en su identificación de la fragilidad y tienen una notable convergencia estadística. Aunque recientemente un grupo internacional de expertos ha llegado finalmente a un consenso sobre la definición de fragilidad más de acuerdo con el modelo de Fried (Morley et al., 2013): "síndrome médico con múltiples causas, caracterizado por pérdida de fuerza y resistencia y disminución de la función fisiológica, que aumenta la vulnerabilidad individual para desarrollar dependencia o fallecer", lo cierto es que el debate sigue abierto.

Y también es cierto que independientemente del debate conceptual y de definiciones, la fragilidad como concepto práctico y unificador es un motivo más que obliga a que el manejo clínico del anciano no se centre en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades concretas sino en una visión multidimensional del anciano y sus necesidades de salud (Clegg et al., 2013).

Los investigadores y los clínicos precisan de métodos simples, válidos, precisos y fiables para detectar la fragilidad. En este sentido Rockwood ha argumentado recientemente (K. Rockwood, Theou, & Mitnitski, 2015) que los objetivos de ponderar la fragilidad son varios: entender su naturaleza y biología, ayudar en el diagnóstico y en el establecimiento de los planes de cuidados, medir los resultados y calcular el riesgo. De esta forma se deberían distinguir dos tipos de medida de la fragilidad: de cribado y de valoración. Cuando el propósito es la identificación poblacional de los ancianos en

riesgo, una aproximación categórica (la fragilidad está presente o no) sería apropiada. Por el contrario, cuando el grado de riesgo varía, la estrategia debería poder cuantificar dicho riesgo. De esta forma, los instrumentos valorativos de fragilidad deberían ser implementados y evaluados en función del objetivo de su uso (K. Rockwood et al., 2015).

En definitiva, la fragilidad se ha convertido en un concepto clínico esencial en la atención de salud del anciano tanto para el cribado poblacional, como para la toma de decisiones y para la medición de resultados de salud (Amblàs et al., 2013).

### 2.3.2. La atención centrada en la persona.

Se entiende por atención centrada en la persona aquella que (Stewart, 2001):

- explora el motivo principal de la consulta, las preocupaciones y la necesidad de información del paciente
- busca la comprensión integral de la realidad del paciente, esto es, de su persona como un todo, sus necesidades emocionales y los aspectos que conciernen a su vida
- encuentra los puntos en común respecto a cuál es el problema y negocia su manejo con el paciente
- incentiva la prevención y promueve la salud
- posibilita la relación continuada entre el paciente y el médico

Aunque la descripción expuesta en las líneas previas data de 2001, su concepto no es tan reciente como pudiera parecer.

En las décadas de 1970 y 1980 ocurrieron dos hechos remarcables: la aparición del modelo biopsicosocial de Engel (Engel, 1977) y la introducción del modelo de relación médico-paciente denominado "toma compartida de decisiones" de Siegler (Siegler, 1981). A

**Marco teórico – La Geriatría, la fragilidad y la atención centrada en el paciente anciano**

partir de ellos evoluciona el concepto de atención centrada en la persona como superación respectivamente del modelo centrado en la enfermedad o biomédico y de las etapas previas, al menos en Estado Unidos, de la relación médico-paciente: paternalista o "etapa del médico", etapa de la autonomía o "del paciente" y etapa de la burocracia o "del financiador" (Borrell-Carrio, Suchman, & Epstein, 2004; Dwamena et al., 2012; Siegler, 2011).

Desde entonces se ha avanzado en su conceptualización y puesta en práctica, destacando figuras en la medicina como la propia Moira Stewart (Stewart, 2003) y Robert Smith (Fortin & Smith, 2012), entre otros. Diversos estudios empíricos han demostrado que el modelo de atención centrada en el paciente repercute en mejoras en la atención de los pacientes en cada uno de los siguientes aspectos:

- mayor adherencia a los planes de cuidados (Stewart et al., 1999)
- menor cantidad de pruebas diagnósticas y derivaciones (Stewart et al., 2000)
- mayor satisfacción del paciente (Krupat et al., 2000) y del profesional (Roter et al., 1997; Suchman & Matthews, 1988)
- menor riesgo de quejas y reclamaciones (Huycke & Huycke, 1994; Levinson, Roter, Mullooly, Dull, & Frankel, 1997)
- mejores resultados de salud (Griffin et al., 2004; Hojat et al., 2011; Krupat et al., 2000; Stewart et al., 2000)
- menor coste (Epstein et al., 2005; Stewart, Ryan, & Bodea, 2011)

No sólo existen datos sobre los beneficios de la atención centrada en el paciente, sigue recogándose evidencia de que los pacientes la prefieren y solicitan (Little et al., 2001; Íñiguez Rueda, Sánchez-

Candamio Méndez, Camps i Soler, & Catalunya. Departament de Salut, 2007).

Sin embargo, en general los médicos practican una atención sólo parcialmente centrada en la mayoría de los pacientes. Algunos médicos son especialmente centrados en el paciente y son los que tienen más capacidad de variar en función del individuo que tienen enfrente, lo que se denomina un estilo flexible. Por el contrario, muchos médicos son poco centrados en el paciente y tienen poca capacidad de variar esta aproximación en lo que se denomina estilo fijo (Stewart, 2001).

Afortunadamente el estilo del médico es modificable, moldeable, y una reciente revisión Cochrane ha puesto de manifiesto que las intervenciones formativas a los profesionales de la salud son efectivas para que éstos adquieran las habilidades necesarias para realizar una atención centrada en el paciente (Dwamena et al., 2012).

#### 2.3.2.1. La atención centrada en la persona en el marco de la cronicidad y el envejecimiento

Si bien el concepto de atención centrada en el paciente no es reciente, éste ha adquirido un especial relieve también en la planificación sanitaria desde principios del siglo XXI. Es entonces cuando la realidad del creciente número de pacientes con enfermedades crónicas y la complejidad de su manejo obligan a la reorientación de los sistemas sanitarios de los países desarrollados hacia estrategias para mejorar y optimizar su atención, bajo el auspicio de la Organización Mundial de la Salud (World Health Organization, 2005).

De esta forma aparecen, en la primera década del siglo XXI, programas o planes estratégicos de atención a la cronicidad en

prácticamente todos los países desarrollados. En nuestro entorno el Ministerio de Sanidad y Política Social ha desarrollado una estrategia estatal (Ministerio de Sanidad, 2012) y muchas comunidades autónomas están en diferentes fases de elaboración e implementación de estrategias autonómicas: Andalucía, Comunidad Valenciana y Cataluña (Programa de Prevenció i Atenció a la Cronicitat o PAAC) (Generalitat de Catalunya, Departament de Salut, 2012b).

La finalidad de cualquiera de estas estrategias es que la asistencia sanitaria al paciente crónico resulte adecuada, eficiente y sostenible, garantice la continuidad de los cuidados, se adapte a la evolución de la enfermedad y favorezca la autonomía personal.

Esto supone un cambio de enfoque en los sistemas de salud: de sistemas con una orientación a la enfermedad y a la atención del episodio agudo, reactivos y fragmentados a sistemas con una orientación integral, proactivos, coordinados e integrados, de sistemas centrados en la enfermedad a orientados hacia las personas, hacia la atención de las necesidades de la población en su conjunto y de cada individuo en particular.

Y la atención centrada en el paciente constituye un elemento clave en este nuevo enfoque, ya no sólo desde el punto de vista clínico (American Geriatrics Society, Expert Panel on the Care of Older Adults with Multimorbidity, 2012) sino también de la gestión (Berwick, Nolan, & Whittington, 2008; Institute of Medicine (U.S.), 2001).

Tomemos como ejemplo la estrategia de planificación denominada Triple Aim desarrollada por el *Institute of Healthcare Improvement* de Estados Unidos en 2007. Para conseguir sus tres objetivos: mejorar la experiencia de atención,

**Marco teórico – La Geriatría, la fragilidad y la atención centrada en el paciente anciano**

mejorar la salud y reducir los costes (*Care, Health and Cost*), se considera que la atención centrada en el paciente y la familia es un componente básico:

- "Poner al paciente y la familia en el centro de cada decisión y empoderarles para implicarles realmente en su plan de cuidados".
- "...Nuevos modelos de atención que desplazarán la conversación de "¿qué le ocurre? a ¿qué le preocupa?".
- "Los sistemas de salud deben ser capaces de adaptarse a la individualidad de los pacientes y promover la toma de decisiones compartida."

En la introducción de la Estrategia Nacional para el Abordaje de la Cronicidad del Sistema Nacional de Salud (Ministerio de Sanidad, 2012) también se puede leer: "Los profesionales de la salud somos responsables de garantizar la sostenibilidad del sistema asumiendo que la calidad de la atención sanitaria supone el uso apropiado de los recursos y de las tecnologías sanitarias. Y no hay que olvidar que la tecnología más efectiva de la que disponemos, nuestra principal herramienta de trabajo, es la comunicación personal que favorece la relación centrada en el paciente. Tratamos con personas, no con enfermedades. La competencia en comunicación es parte de la competencia profesional ya que permite escuchar con atención, obtener y sintetizar información pertinente acerca de los problemas que aquejan a las personas y comprender el contenido de esa información. Facilita la relación con los pacientes y las personas cuidadoras, mejora incluso aspectos como la adherencia a los tratamientos prescritos y permite ayudar a los pacientes a tomar decisiones en condiciones de igualdad, aumentando con ello su satisfacción. Mejorar la

**Marco teórico – La Geriatría, la fragilidad y la atención centrada en el paciente anciano**

comunicación con las personas, personalizar el trato y humanizar los cuidados debería ser el hilo conductor en todas las intervenciones destinadas a mejorar el abordaje a la cronicidad."

En definitiva, el anciano vulnerable, aquel en riesgo de presentar resultados desproporcionadamente adversos de salud, debe abordarse desde una perspectiva geriátrica especialmente centrada en la persona.

### 3. El sufrimiento

El sufrimiento es un fenómeno tan antiguo como la humanidad pero no es hasta hace poco que ha sido estudiado de forma sistemática y evaluado en el contexto de la salud.

#### 3.1. Aportaciones emblemáticas desde la medicina y la psicología. La relación médico-paciente y el sufrimiento

##### 3.1.1. Francis Weld Peabody: The care of the patient

En 1926, un médico llamado Francis Weld Peabody pronunció un discurso dirigido a los estudiantes recién llegados a la Facultad de Medicina de la Universidad de Harvard que llevaba por título "*The Care of the Patient*" y que se publicó por primera vez en 1927 en la revista *Journal of the American Medical Association* (Peabody, 1927). Por iniciativa de George Shattuck y desde 1956, su contenido se reedita en formato folleto para seguir la tradición de distribuirlo a cada nuevo estudiante de esa Facultad.

A continuación, unos fragmentos de dicho discurso en los que se puede constatar su plena vigencia.

Peabody empieza su discurso así:

" Hoy día, la crítica más común que los médicos seniors hacen a los graduados jóvenes es que conocen muy bien los mecanismos de la enfermedad pero casi nada sobre la práctica de la medicina, o, dicho con otras palabras, que son demasiado "científicos" e ignoran como atender a los pacientes".

Y Peabody prosigue:

“Muchos recién graduados se encuentran en situaciones con las que no habían contado y para las cuales no se sienten preparados (...). La práctica de la medicina en su más amplio sentido incluye toda la relación del médico con su paciente. El arte de la medicina y la ciencia de la medicina no son antagónicos sino complementarios. El tratamiento de la enfermedad puede ser completamente impersonal; el cuidado de un paciente debe ser completamente personal. La importancia de la relación personal entre médico y paciente no puede ser lo suficientemente enfatizada, ya que en muchísimos casos tanto el diagnóstico como el tratamiento dependen directamente de esa relación, y la incapacidad de un médico joven para establecerla es causa de gran parte de su ineficacia en el cuidado de los pacientes. (...) Cuando un paciente entra en el hospital, lo primero que suele ocurrir es que pierde su identidad personal. Se le conoce, no como a Henry Jones, sino como “el caso de estenosis mitral en la segunda cama de la izquierda”. Se trata la enfermedad, pero Henry Jones que yace despierto durante noches, preocupado por su mujer e hijos representa un problema que es mucho más complejo que la fisiopatología de la estenosis mitral. Henry parece tener una enfermedad cardíaca, pero no le molesta tanto la disnea como la ansiedad que le provoca la incertidumbre de futuro, y una charla con un médico comprensivo y cercano que intente explicarle la situación de manera clara, y que luego le envíe un trabajador social que le ayude, hace más por él que un folleto lleno de medicamentos y dietas. La enfermedad provoca un estado emocional anormalmente sensible en casi todo el mundo, y en muchos casos el estado emocional repercute en la enfermedad orgánica. (...) A un científico se le reconoce, no por su procedimiento técnico, sino por su proceso intelectual (...) El médico que se toma sus casos seriamente - podría decirse científicamente- tiene la gran satisfacción de ver a algunos de sus pacientes

mejorar, no como resultado de la medicación o porque la enfermedad pase, sino por su propio esfuerzo personal. (...) Sé por experiencia propia que pueden y entonces el tratamiento de la enfermedad automáticamente ocupa el lugar que le corresponde dentro del problema mayor de atender al paciente."

Sigue Peabody, tras aconsejar a los estudiantes que se "aproximen" a los pacientes desde su ingreso en el hospital: "(...) no desde el punto de vista abstracto del tratamiento de la enfermedad sino desde el punto de vista concreto del cuidado de la persona. (...) De hecho, una de las cualidades esenciales de todo clínico es el interés por el humanismo, ya que el secreto de cuidar a un paciente reside en interesarse por el paciente."

### 3.1.2. Pedro Laín Entralgo: El modelo humanista

En el libro de Laín Entralgo titulado "La relación médico-enfermo: Historia y Teoría", publicado en 1964, y en el contexto de lo que el autor denomina "la crisis actual de la relación entre el médico y el enfermo", este médico, historiador, ensayista y filósofo, considerado uno de los mayores intelectuales españoles del siglo XX, expone lo que él mismo denomina "modesto y mal cosido sistemilla de una concepción científico-personal de la medicina de la que forma parte la quizá farragosa e insuficiente teoría de la relación entre el médico y el enfermo" (Laín Entralgo, 1964). Su modelo conceptual de la medicina se ha venido a denominar modelo humanista de la relación médico-enfermo: "Antes que a un médico y un enfermo, la relación médica vincula mutuamente a dos hombres".

Laín Entralgo escribe: "El fundamento genérico de la relación médico-enfermo reside en que en ella se articulan más o menos

eficaz y armoniosamente el menester de un hombre y la capacidad de otro hombre para remediar ese menester. Antes que tal estado de enfermedad, el estado de enfermedad es una forma particular y accidental de la indigencia del ser humano; antes que técnica diagnóstica y terapéutica, la medicina, la condición de médico, es un modo peculiar y adquirido de la humana posibilidad de ayudar al semejante menesteroso. Genéricamente considerada, la relación médica es una relación interhumana y una relación de ayuda."

En cuanto a la relación médica como relación interhumana, Laín prosigue: "Será interpersonal mi relación con otro hombre cuando él y yo nos consideremos y tratemos como personas, cuando él y yo nos consideremos y tratemos como seres a cuya realidad individual pertenecen la vida, la intimidad, la inteligencia, la libertad y la capacidad de apropiación."

Es mediante la relación médica que se debe introducir al sujeto en la medicina y no caer en la exclusividad de la técnica en el ejercicio médico:

"Pero en Occidente, desde Alcmeon de Crotona hasta nuestro siglo, se ha considerado que esta relación médica es una relación pura y objetivamente objetivante. Según ella el enfermo ha de ser para el médico puro objeto de contemplación cognoscitiva y puro objeto de manipulación terapéutica. El paciente debe ser, en principio, lo que la planta individual es para el botánico que la identifica y lo que es el motor averiado para el ingeniero que lo repara, objeto contemplable en un caso y objeto manejable en el otro; y cuanto en la práctica del diagnóstico y del tratamiento haya de apartarse de estos esquemas será, a lo sumo, concesión táctica y resignada, no científica y no técnica, a la nunca dominable realidad del mundo exterior. Esta mentalidad ha proporcionado una fabulosa eficacia diagnóstica y terapéutica, pero por grande que esta eficacia sea,

una medicina que teóricamente desconoce la índole personal de la realidad sobre la que actúa no satisface ni a enfermos ni a médicos. Convertir pragmáticamente al enfermo en puro objeto, cosificarle, es mutilar y degradar la plenitud de su condición humana".

Y Laín Entralgo ya advierte, basándose en resultados de investigación procedentes de los EUA, que los pacientes "critican con notorio descontento el modo como el médico se conduce en su relación con el enfermo: a los actuales médicos les falta calor humano, suelen decir. No les displace la calidad técnica de la asistencia médica, sino el modo de prestarla. Sin necesidad de recurrir a estadísticas rigurosas (que también aporta), basta tener el oído atento cuando en una conversación social o amistosa surge el tan frecuente tema de las enfermedades y los médicos." Esto sucede así, dice Laín, porque por unas motivaciones o por otras, la relación entre el paciente y el médico suele apartarse ampliamente del tipo de relación ideal.

Para Laín Entralgo la relación médico-enfermo, el encuentro entre médico y enfermo, es y seguirá siendo imprescindible para la práctica de la medicina.

### 3.1.3. George Libman Engel: El modelo biopsicosocial

En 1977 George L. Engel escribía, en su artículo titulado "*The need of a new medical model: A challenge for medicine*" de la revista *Science*:

"Podría parecer que la psiquiatría haría bien en emular a sus hermanas, las disciplinas médicas, al adoptar de una vez por todas el modelo médico de enfermedad. Pero no acepto dicha premisa. Sostengo que toda la medicina está en crisis y, además, que ésta se deriva del mismo error cometido por los psiquiatras: la

adherencia a un modelo de enfermedad que ya no es adecuado para las tareas científicas y las responsabilidades sociales tanto de la medicina como de la psiquiatría. La crisis de la medicina parte de la inferencia lógica que desde el momento en que la "enfermedades" definida en términos de parámetros somáticos, los médicos no necesitan preocuparse por los asuntos psicosociales que se encuentran fuera de la responsabilidad y autoridad médica. En un reciente seminario de la Fundación Rockefeller sobre el concepto de salud, una autoridad instó que la medicina "se concentra en enfermedades 'reales' y no se pierde en la maleza de lo psicosociológico. El médico no debería de verse dominado por problemas que surgen de la abdicación de teólogos y filósofos."

En 1977 Engel postuló la necesidad de un modelo médico holístico -que llamó biopsicosocial- como respuesta al modelo biomédico o reduccionista de la medicina, dominante en las sociedades industrializadas de mediados del siglo XX.

Engel no negaba que la corriente biomédica había aportado grandes avances a la medicina, pero la criticaba –de manera brillante- por varias razones:

- Una alteración bioquímica no siempre se traduce en enfermedad sino que ésta aparece por la interrelación de diversas causas, no sólo moleculares, sino también psicológicas y sociales.
- La simple anomalía biológica no arroja ninguna luz sobre la significación última de los síntomas para el paciente, ni asegura tampoco las actitudes y habilidades del clínico para recoger la información y procesarla de manera adecuada.
- Las variables de índole psicosocial suelen ser importantes a la hora de determinar la susceptibilidad, gravedad y curso del padecimiento más biológico que pueda considerarse.

- La aceptación del rol de enfermo no viene determinada de manera mecánica por la presencia de una anomalía biológica.
- El tratamiento biológico puede tener diversas tasas de éxito influido directamente por variables psicosociales, tal como deja patente el llamado efecto placebo, entre otros.
- Además, la relación del profesional de la salud con el paciente también influye en el resultado terapéutico, aunque sólo sea por la influencia que pueda tener sobre el cumplimiento del tratamiento.

Engel trataba de compensar la deshumanización de la medicina, producto, dice también, del modelo biomédico: "Engel criticaba su enfoque excesivamente limitado por dirigir a los médicos a considerar a los pacientes como objetos y por ignorar la posibilidad de que la experiencia subjetiva del paciente fuese susceptible de estudio científico. Engel defendió sus ideas no sólo como propuesta científica, sino también como una ideología fundamental que intentaba revertir la deshumanización de la medicina y el desempoderamiento del paciente." (Borrell-Carrio et al., 2004)

El modelo biopsicosocial es tanto una filosofía del cuidado clínico como una guía para la práctica asistencial. Filosóficamente es una forma de entender cómo la enfermedad y el sufrimiento son moduladas a muchos niveles, desde el nivel molecular hasta la comunidad o sociedad. A nivel práctico, es una manera de concebir la experiencia subjetiva del paciente como un factor esencial a considerar en el diagnóstico, en los resultados de salud y en el cuidado humano.

Esta aplicación a la práctica clínica ha originado diferentes desarrollos del modelo original. Todos ellos tienen en común la premisa de que llegar a un correcto diagnóstico biomédico es sólo una parte del trabajo del clínico e insisten en que el médico debe

interpretar la enfermedad y la salud desde una perspectiva intersubjetiva dando espacio al paciente a articular sus preocupaciones, averiguando sus expectativas y mostrando su cara humana.

Ya hemos hablado en párrafos anteriores del modelo de atención centrado en el paciente de Moira Stewart (Stewart, 2001), ratificado también por los pacientes (Little et al., 2001).

Por otro lado, Epstein y colaboradores abogan por lo que denominan la perspectiva abierta del modelo biopsicosocial. Sus características fundamentales son las siguientes (Borrell-Carrió, 2002):

- estimula un conocimiento integral del paciente y su entorno,
- integra los hallazgos en las tres esferas: biológica, psicológica y social,
- reconoce el papel central que desempeña la relación terapéutica en el curso de los acontecimientos,
- optimiza el trabajo en equipo e incorpora al profesional de salud como una pieza más del sistema que también debe ser cuidada.

La orientación biopsicosocial de la práctica clínica de Epstein incluye de forma notoria la dimensión emocional también del profesional clínico (Borrell-Carrió et al., 2004), considerando debiéndose considerar en este sentido las siguientes :

- autoconciencia
- cultivo proactivo de la confianza
- un estilo emocional caracterizado por la curiosidad empática
- auto-calibración como forma de reducir el sesgo
- educar las emociones como ayuda al diagnóstico y construir relaciones terapéuticas

- usar la intuición basada en el conocimiento.

y usar la evidencia clínica para promover el diálogo, no sólo para aplicar mecánicamente protocolos.

Epstein define la competencia médica como: “el uso habitual y juicioso de la comunicación, el conocimiento, las habilidades técnicas, el razonamiento clínico, las emociones, los valores y la reflexión en la práctica diaria para el beneficio de los pacientes y la comunidad a la que se sirve” (Epstein & Hundert, 2002)

Epstein no sólo ha introducido la importancia de las emociones en la práctica clínica, sino también el carácter tácito del saber ser médico para unir la atención centrada en el paciente con la medicina basada en la evidencia (Epstein, 1999).

#### 3.1.4. Eric Cassell: Los cuerpos duelen, las personas sufren.

Eric Cassell ha sido médico asistencial del *New York-Presbyterian Hospital* hasta 1998, profesor emérito de la facultad de medicina de la Universidad de Cornell y miembro del instituto de ética *Hastings Center* de Nueva York. Cassell ha protagonizado una de las líneas de pensamiento sobre el sufrimiento más citadas y reconocidas.

El núcleo y eje vertebrador de toda la obra de Eric Cassell podría resumirse en una frase del propio autor sobre la que vale la pena reflexionar: “Los que sufren no son los cuerpos, son las personas”.

En 1982, Cassell definió el sufrimiento como un malestar generado por la amenaza inminente, percibida o actual, a la integridad o la continuidad existencial de la persona y perdura hasta que la amenaza desaparece o bien hasta que la persona vuelve a estar

integra de algún otro modo (Cassel, 1982). En este, uno de sus primeros trabajos, no sólo aporta una de las más aceptadas definiciones operacionales del sufrimiento sino que afirma que el alivio del sufrimiento junto con la curación de la enfermedad son obligaciones por un igual de la profesión médica. Cassell va más allá en este artículo: "Si el médico no presta atención al sufrimiento del paciente, una actuación médica, aun siendo técnicamente adecuada, puede no sólo no aliviar el sufrimiento sino llegar a generar más sufrimiento".

Desde entonces, se ha avanzado mucho en el conocimiento sobre el sufrimiento en el ámbito de la salud. Sin embargo, como comenta el propio Cassell en 2004 en el prólogo de su ya clásico libro *The nature of suffering* (E.J. Cassell, 1991), el sufrimiento de los pacientes, que no el dolor, sigue sin ser aliviado hoy en día. En su opinión, ello se debe a dos motivos:

- la persistente dificultad de los médicos y las instituciones donde trabajan en otorgar al conocimiento subjetivo el mismo valor que al conocimiento objetivo,
- y a ignorar la existencia de incertidumbre en el campo de la medicina.

La obligación de los médicos de aliviar el sufrimiento viene de muy antaño y pese a no disponer de los avances tecnológicos y de la ciencia moderna de la medicina, se conseguía. En 1985 Cassell argumenta en su libro *Talking with patients* que los médicos siguen siendo personas muy poderosas. Este poder, bien utilizado, puede disminuir la carga de las dolencias, aliviar el sufrimiento y obrar un enorme bien. Mal usado, el mismo poder puede generar mucho daño. Este poder personal del médico constituye el arte de la medicina y está compuesto por habilidades en cuatro áreas interrelacionadas entre sí:

- la capacidad de adquirir e integrar la información objetiva y subjetiva para tomar decisiones en el mejor beneficio del paciente;
- la habilidad de utilizar la relación médico-paciente con fines terapéuticos;
- el empleo del conocimiento sobre la conducta de los individuos enfermos y los propios médicos;
- y la habilidad central y de la que dependen todas: una comunicación efectiva (Cassell, 1985a, 1985b).

Es a través de la comunicación médico-paciente que el sufrimiento debe ser sospechado y detectado. La amenaza a la integridad de la persona que supone el sufrimiento deriva de los temores que suscite, del significado que dé a sus síntomas y las preocupaciones acerca del futuro. El miedo, el significado y las preocupaciones son individuales y personales y delante del mismo síntoma dos personas pueden sufrir por diferentes motivos. Es por ello que se debe explorar o preguntar directamente al propio paciente sobre su presencia. Una escucha atenta por parte del médico del sufrimiento del paciente puede resultar aliviadora en sí y la gratificación por el resultado superar con creces la incomodidad inicial del propio médico. Conocer al paciente como persona individual lo suficientemente bien para entender las causas de su sufrimiento y ponerles remedio o alivio requiere métodos de escucha empática y de pensar no discursivo que pueden ser enseñados y aprendidos. Citando a Cassell: "El alivio del sufrimiento depende de que los médicos adquieran estas habilidades". (E. J. Cassell, 1991).

Recientemente Cassell ha publicado *On the destructiveness of scientism*, respecto a dos libros que giran en torno a la comunicación médico-paciente, considerándolos a ambos un avance en la literatura acerca del arte de la medicina o del *healing*

*process* (Cassell, 2015). En uno de ellos los autores, Schenck y Churchill, escriben: "El gran avance científico en la asistencia sanitaria que hemos alcanzado en el último siglo ha generado una mayoría de médicos técnicamente muy competentes, pero subdesarrollados a nivel relacional." En torno a este libro, se transcriben literalmente unos comentarios de Cassell: "Al leerlo, se harán una idea de por qué el médico científico, modelo de médico en los últimos 75 años, ha sido un fracaso clínico. Por supuesto, la ciencia no ha sido un fracaso sino un brillante éxito. Contrariamente a la teoría, los pacientes en el entorno clínico del mundo desarrollado no han mejorado con la mera aplicación de la ciencia médica a sus enfermedades. Quizás fue verdad para las infecciones y otras enfermedades graves y tal vez para la traumatología. Pero la mayoría de problemas clínicos son ahora enfermedades crónicas y enfermedades del anciano, rara vez curables y que requieren años de motivación, apoyo, enseñanza, ayuda y curación para asegurarse de que el individuo controla la enfermedad y no la enfermedad al individuo. Estas tareas médicas requieren de un médico entregado a estas habilidades. Aunque los pacientes quieran médicos técnicamente expertos, también esperan encontrar un nivel de verdadero compromiso humano en la consulta." (Cassell, 2015)

### 3.1.5. Ramon Bayés. El modelo amenazas-recursos del sufrimiento en Cuidados Paliativos.

El Profesor Ramón Bayés es, entre otros, psicólogo, profesor emérito de la *Universitat Autònoma de Barcelona*, miembro fundador de la *Societat Catalano-Balear de Cures Pal·liatives*. En 1995 la *Societat Catalana de Investigació i Teràpia Conductal* le

concedió el premio Pavlov por el conjunto de su obra y en 2009 fue investido doctor honoris causa en Psicología por la UNED.

Al finalizar 2008 el Profesor Bayés tenía cerca de 700 publicaciones científicas y de divulgación, así como numerosos libros. En sus propias palabras hace unos meses: "Sigo activo, tozudo, dando conferencias, participando en congresos y escribiendo artículos y libros"(Bayés, 2013). Este año el Profesor Bayés cumple ochenta y cinco años.

Entre las grandes aportaciones del Profesor Bayés, destacan la introducción de la conceptualización del sufrimiento en el ámbito de los Cuidados Paliativos en España, la propuesta de formas para su evaluación y de las medidas con mayor probabilidad de éxito en la tarea de prevenir o aliviar dicho sufrimiento (Bayés, 2000; Bayés, 2001; Bayés, 2003b).

Bayés et al. propusieron a finales de los años 90 en España el Modelo de Intervención Paliativa Integral, como base para la reflexión, discusión, posible rectificación y progreso futuros (Bayés et al., 1996). Los elementos y secuencias del modelo quedan representados gráficamente en la figura 15:

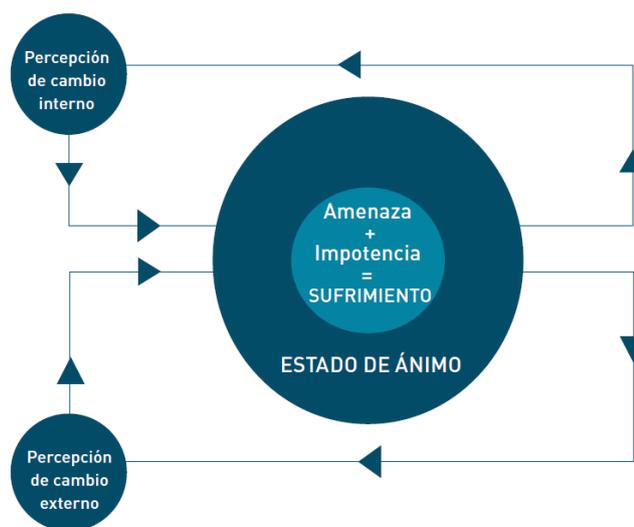


Figura 15. Modelo para una intervención paliativa en enfermos al final de la vida. Tomado de Bayés, Arranz, Barreto y Barbero, 1996 (Bayés, Arranz, Barbero, & Barreto, 1996)

La explicación de la secuencia de los elementos del modelo es la que sigue a continuación:

1. una situación experimentada como desagradable por el enfermo, sea biológica -p.ej., dolor, ahogo, etc.- o psicosocial -p.ej., soledad, sensación de pérdida, culpabilidad, etc.- es percibida por el enfermo como una amenaza importante para su integridad psicológica y/o biológica.
2. ante dicha amenaza, el sujeto evalúa sus recursos y, si se siente impotente para hacerle frente, esta situación le genera sufrimiento.
3. dicho sufrimiento, por una parte, puede amplificar la intensidad o presencia del síntoma, lo cual a su vez, subraya la importancia de su falta de control sobre la situación y aumenta su sufrimiento.
4. por otra parte, este sufrimiento no ocurre en el vacío sino que tiene lugar en una persona con un estado de ánimo concreto. Si éste es ansioso, depresivo o irritable, lo potenciará; si no lo es y el sufrimiento persiste en el tiempo, puede fácilmente conducirlo hacia la ansiedad, la depresión o la ira.

Hay que destacar también que las causas del malestar o sufrimiento en los enfermos en situación terminal son generalmente múltiples y cambiantes en su naturaleza, lo que comporta la necesidad de evaluar la situación del enfermo de manera holística y continuada (Limonero & Bayés, 1995; Maté et al., 2009).

El modelo no sólo sirve como guía para comprender el proceso que produce o mantiene el sufrimiento sino también puede indicarnos el tipo de intervenciones terapéuticas paliativas que se pueden

llevar a cabo. De acuerdo con el modelo, para disminuir el sufrimiento del enfermo e incrementar su bienestar, será preciso:

1. Identificar aquellas situaciones o síntomas, biológicos, cognitivos o ambientales, que son percibidos por el paciente como una amenaza importante- ¿qué es lo que le preocupa?- estableciendo su grado de priorización amenazadora desde el punto de vista del paciente.
2. Tratar de compensar, eliminar o atenuar dichos síntomas o situaciones. Esta fase no sólo se limita al "clásico control de síntomas" y es ampliable a síntomas psicosociales y espirituales. Si no es posible conseguir su atenuación o eliminación, será necesario suavizar la amenaza que representan para el paciente, incrementando su percepción de control sobre la situación.
3. Descubrir y potenciar los propios recursos del enfermo, con el fin de disminuir, eliminar o prevenir su sensación de impotencia. En caso necesario, se deberán proporcionar o facilitar su aprendizaje nuevos recursos que permitan al paciente el mayor grado de autonomía posible.
4. Si el estado de ánimo del enfermo presenta características ansiosas o depresivas, habrá que utilizar las técnicas específicas adecuadas, farmacológicas y/o psicológicas, para intentar modificarlo.

Cualquier método de evaluación del sufrimiento debería reunir los siguientes requisitos (Bayés, 1998; Bayés, 2000; Bayés & Limonero, 1999; Maté et al., 2009):

- Ser adecuado para medir aspectos subjetivos,
- Ser fácilmente comprensible para la mayoría de enfermos y que evalúe aspectos relevantes para ellos en su situación,

- No ser invasivo ni plantear, sugerir o recordar a los enfermos problemas o situaciones amenazadoras en las que no haya pensado o que no se encuentren presentes en su imaginación,
- Ser sencillo y rápido de administrar,
- Poderse aplicar repetidamente al mismo enfermo con el fin de obtener datos evolutivos y comparativos de la intensidad del sufrimiento que experimenta,
- A ser posible, constituir en sí mismo o ser capaz de abrir un camino terapéutico.

Respecto a instrumentos concretos para valorar el sufrimiento, Bayés y colaboradores han propuesto dos, que paso a comentar: el denominado cuestionario Detección del Malestar Emocional (DME) (Limonero et al., 2012; Maté et al., 2009) y la Percepción subjetiva del tiempo (Bayés, Limonero, Barreto, & Comas, 1995, 1997).

La estrategia de la percepción subjetiva del paso del tiempo destaca por ser un instrumento para la detección rápida del sufrimiento en la práctica clínica. En situación de enfermedad, cuando una persona tiene la sensación de que el tiempo se dilata con respecto al tiempo cronológico este hecho constituye un indicador de malestar; mientras que cuando la sensación es que se acorta y pasa con rapidez suele ser traducción de bienestar. Esta observación ya queda recogida en un libro publicado en 1890 por Williams James: el tiempo subjetivo puede ser percibido como más corto o más largo que el tiempo objetivo (James, 1890). La aproximación se lleva a cabo con dos preguntas: "¿Cómo se le hizo el día de ayer, corto, largo o cómo lo definiría?". A continuación se pregunta de forma abierta: "¿Por qué?" para tratar de explorar las causas de su percepción temporal (Viel et al., 2014). Esta técnica, con sólo dos preguntas sencillas, nos proporciona un valioso indicador del

posible sufrimiento de un gran número de enfermos aunque la información sobre sus causas debería recabarse a continuación, por ejemplo, a través de una comunicación "médico-paciente" apropiada (Bayés, 1998).

La elaboración posterior del cuestionario Detección del Malestar Emocional (DME) surge de la necesidad de disponer de un instrumento debidamente validado y adaptado a las necesidades de la práctica clínica diaria capaz de evaluar el grado y los factores relacionados con el malestar emocional de los enfermos al final de la vida en las unidades de cuidados paliativos en nuestro entorno. En teoría, las escalas deberían servir para evaluar, monitorizar y como guía terapéutica a los profesionales sanitarios. Deberían favorecer la comunicación entre profesionales, pacientes y familiares, ayudar a la detección precoz de problemas y necesidades y facilitar la investigación clínica (Limonero et al., 2012). La escala DME se describe en el apartado de Metodología.

En opinión de Bayés et al, los factores que podrían contribuir a que los profesionales sanitarios asumieran sus responsabilidades y compromisos respecto al sufrimiento en la etapa de final de vida, con la máxima eficacia y al menos coste emocional posible, son los siguientes:

- Partir de un modelo de sufrimiento "amenazas y recursos",
- Poseer unas buenas habilidades en *counselling*,
- Disponer de una serie de protocolos o guías clínicas que les ayudasen a enmarcar las características principales y posibles vías de solución de los problemas que puedan surgir a lo largo del proceso, tanto los centrados en el paciente, como los que afectan a los familiares y a los propios profesionales sanitarios,

- Adoptar una actitud ética de relación con el enfermo y sus familiares de tipo deliberativo,
- Contar con una permanente actitud crítica, metodológica y creativa, capaz de impulsar la investigación científica en todos los aspectos anteriores con el fin de incrementar el conocimiento y mejorar la eficacia y la eficiencia de las intervenciones que se lleven a cabo al final de la vida.

Sin embargo, dice Bayés: "En el ámbito del proceso que nos acerca al final de la vida, nunca dispondremos de un abanico limitado de respuestas claras e inequívocas susceptible de aplicarse a todos y cada uno de los pacientes. En el contexto de la atención clínica, a pesar de que la investigación rigurosa nos pueda facilitar el camino y evitar que cometamos errores, nada nos dispensará de la exploración y el análisis personalizado y empático de cada ser humano, único, autónomo e irrepetible" (Bayés, 2002).

### 3.1.6. El informe Hastings y Daniel Callahan. Los fines de la medicina en el siglo XXI

Hace ya casi 20 años, el prestigioso centro de investigación en bioética, *The Hastings Center* de Nueva York convocó a un equipo de investigadores internacionales con el objetivo de realizar un estudio sobre los fines de la medicina. El punto de partida era la conjunción del extraordinario avance de la ciencia médica y la tecnología, junto con el aumento de necesidades humanas y la escasez de recursos para satisfacerlas. Siendo la ciencia médica más potente, se debía plantear seriamente si siempre hay que hacer todo lo técnicamente posible. Los objetivos tradicionales de la medicina hasta ese momento, evitar la muerte y recuperar la salud, podrían ser demasiado simples o irreales. Pese a los enormes

avances técnicos, la enfermedad, el dolor, el sufrimiento y, a la postre, la muerte siguen íntimamente ligadas a la condición humana. Una práctica médica adecuada a dicha condición humana ha de empezar por aceptar la finitud humana y enseñar o ayudar a vivir con ella.

El grupo de investigadores, dirigidos por Daniel Callahan, y tras cuatro años de trabajo, elaboró el informe titulado "Los fines de la medicina: El establecimiento de unas nuevas prioridades" (Hastings Center, 1996).

Tras analizar los retos actuales, los que denomina focos de tensión, y las razones para reescribir los fines tradicionales de la medicina, en el informe se reformulan las nuevas prioridades en la práctica de la medicina y se determinan los nuevos fines de la misma, articulados en 4 apartados:

- la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud,
- el alivio del dolor y del sufrimiento,
- el tratamiento de la enfermedad y el cuidado a los "incurables",
- la evitación de la muerte prematura y la búsqueda de una muerte tranquila.

Ninguno de estos fines es prioritario sobre los otros, el peso de cada uno será mayor o menor dependiendo de las circunstancias. Las necesidades de salud de las distintas personas son diferentes, igual que las necesidades de una misma persona pueden variar durante el curso de una misma enfermedad.

Centrándonos en el alivio del sufrimiento, el Informe Hastings recuerda que si bien hay enfermedades que no producen ningún síntoma inmediato, la mayoría de la gente recurre a la medicina para el alivio del dolor y el sufrimiento. Pero aunque su alivio se

encuentra entre los fines más tradicionales de la medicina y los deberes más antiguos del médico, la medicina que se practica hoy en día en todo el mundo no suele cumplir correctamente con ese fin. "El sufrimiento mental y emocional que acompaña en ocasiones a la enfermedad no se suele detectar ni tratar de forma adecuada. Con demasiada frecuencia se confía a los fármacos la labor que mejor correspondería a la terapia psicológica y la conmiseración. Cuando un médico no parte del paciente como un todo, sino simplemente como una colección de órganos, es posible que el sufrimiento psicológico le pase totalmente desapercibido, o bien, en caso de detectarlo, que no le conceda la debida importancia. El problema es que no se comprende que el temor a la mala salud, a la enfermedad y a su padecimiento puede provocar a menudo tanto sufrimiento como su existencia real."

Pero, ¿hasta dónde debe llegar la medicina en el alivio del sufrimiento? Parte del sufrimiento derivado de una enfermedad se considera como respuesta a la misma: puede causar miedo, desesperación, ansiedad acerca del futuro y una profunda sensación de cansancio, de gran futilidad y desamparo. Ante estas manifestaciones, los médicos y demás profesionales de la salud deberían responder con cuidados y compasión y, cuando sea posible, orientación psicológica. Cierta tipo de sufrimiento, especialmente cuando está asociado a una enfermedad crónica o terminal, puede hacer que los pacientes se cuestionen el sentido de la vida misma, del bien y del mal, de la suerte y el destino personal; unos interrogantes que suelen considerarse de naturaleza espiritual o filosófica, no médica. ¿Por qué estoy enfermo? ¿Por qué he de morir? ¿Qué sentido tiene mi sufrimiento? La medicina, como tal, no tiene respuestas a estas preguntas, que no pertenecen a su esfera. Y sin embargo, los pacientes recurren a médicos y enfermeros, en su calidad de seres humanos, en busca de algún

tipo de respuesta. En estos casos, sugerimos que el profesional de la salud recurra a su propia experiencia y visión del mundo, haciendo uso, no sólo de sus conocimientos médicos, sino también de los sentimientos de compasión y confraternidad entre seres humanos. Y, sin embargo, habrá ocasiones en que incluso la atención más humana y los cuidados paliativos más avanzados alcanzarán un límite. En este punto, la medicina habrá de reconocer sus propias limitaciones: no todo en la vida puede quedar bajo el control de una medicina tan constreñida en sus posibilidades como aquellos seres humanos a los que sirve.

Para perseguir los objetivos planteados en el Informe Hastings la medicina debe adquirir cierta modestia: su poder no es absoluto. El ámbito de la medicina es el "bien del cuerpo y de la mente, y no el bien completo de la persona, al que sólo puede contribuir como un factor más, e incluso en ese caso, únicamente en determinados aspectos de la vida." Se debe corregir la tendencia a medicalizar todos los problemas del ser humano y el debate de la medicina no debe limitarse a una discusión sobre los sistemas sanitarios. Para que la medicina no se traicione a sí misma debe procurar ser al mismo tiempo honorable, moderada, asequible, sostenible y equitativa y reflexionar constantemente sobre sus fines, no sólo sobre sus medios.

Por su lado, Callahan publicó en el año 2000 en la revista *New England Journal of Medicine* el artículo titulado "*Death and the research imperative*". Callahan expone: "Existe un conflicto, entre el imperativo de la investigación médica: eliminar la muerte eliminando una a una las enfermedades, y el imperativo clínico: aceptar la muerte como una realidad biológica inevitable" (Callahan, 2000). Para aminorar el conflicto Callahan propone:

- Promover la idea de que la investigación debe centrar sus esfuerzos en la evitación de la muerte prematura,
- Otorgar a la investigación acerca de la compresión de la morbilidad (acortar el periodo de mala salud anterior a la muerte), la misma importancia que se le da actualmente a la investigación sobre la prolongación de la vida.
- Convencer a los clínicos de que ayudar a un paciente a tener una muerte en paz o una buena muerte es una meta igual de importante que prolongar la vida; o dicho de otra manera, cuando prolongar la vida ya no es apropiado, se debe luchar igualmente por evitar una "mala muerte", *a poor death* en sus palabras.
- Redefinir en qué consiste el progreso médico. Hasta la actualidad los que se han considerado grandes logros del progreso de la medicina son la conquista de las enfermedades letales y la reducción de las tasas de mortalidad. Pero a partir de ahora, con la elevada probabilidad de vivir largas vidas, el progreso médico deberá redefinirse y orientarse a la prevención de la enfermedad y la discapacidad, al manejo adecuado de la discapacidad, a la disminución de condiciones que si bien no causan la muerte sí pueden arruinar las vidas y a que las personas entiendan cómo conseguir mantener su salud.

Vale la pena transcribir íntegramente el último párrafo de este artículo: "La medicina moderna, como mínimo en sus aspiraciones de investigación, parece haber proclamado la muerte como enemiga pública número uno. Eso no es así, al menos ya no en los países del primer mundo, con la media de esperanza de vida rozando los 80 años. Los enemigos son ahora las enfermedades crónicas graves y la pérdida de autonomía. Por cada nacimiento, alguien hace tiempo pareció darse cuenta, hay una defunción. Ni

podemos ni cambiaremos este hecho. No es, después de todo, la muerte lo que la gente parece temer más, y menos aún en el anciano sino una vida indigna. Algo se ha de hacer al respecto." (Callahan, 2000)

### 3.2. La relación médico-paciente y el sufrimiento. Transformando, o no, la realidad.

Sin embargo, el sufrimiento de los pacientes sigue sin ser detectado ni aliviado por los médicos. ¿Por qué? ¿Qué necesitamos, además de instrumentos para detectarlo?

En su artículo del 2013 titulado *The word that shall not be spoken* publicado en el *New England Journal of Medicine*, Thomas Lee reflexiona sobre el escaso uso del término *suffering* en medicina (Lee, 2013). Su reflexión surge de advertir lo que a él mismo le ocurría: "No recuerdo la última vez que mis compañeros y yo usamos esa palabra (...) el sufrimiento me incomodaba, pese a que después de todo, desde la perspectiva de los pacientes, eso es lo que sigue pasando." Luego Lee prosigue con el poco uso del término en las revistas científicas y en los libros de texto. Quizás no sea anecdótico que en el manual de estilo ampliamente utilizado de la *American Medical Association* se aconseje: "Evitar describir a las personas como víctimas o en otros términos que sugieran impotencia ("afligido por", "padece", "asolado por", "minado)"). Irónicamente y como ya había comentado brevemente antes, escribe Lee: "Los programas de salud pública pueden sufrir de falta de financiación, pero los pacientes generalmente sólo *tienen* una enfermedad o complicaciones más que *sufrir* o *sufrirlas*. La reflexión acaba con las opiniones al respecto que Lee recoge de sus colegas al preguntarles por qué andamos de puntillas con el término sufrimiento pese a que captura extraordinariamente lo

que el paciente siente: "Un tema era que el sufrimiento no es manejable para los médicos. Sufrir es demasiado heterogéneo, demasiado complicado. Los médicos necesitan analizar los problemas de los pacientes y abordar lo que pueda ser abordable y facturable. Pero no hay referencias claras ni códigos de financiación para aliviar el sufrimiento en sí. Otro tema más peliagudo fue planteado por muchas colegas: la palabra sufrimiento nos hace sentir mal. Nos recuerda nuestra impotencia frente a muchos de los problemas de nuestros pacientes. "Evitamos la palabra sufrimiento aún sabiendo que es real para nuestros pacientes, porque la idea de responsabilizarnos del mismo nos abruma como personas."

En 2008 el Doctor Casasbuenas, médico de Atención Primaria, defendió la tesis doctoral por la Facultad de Periodismo de la UAB titulada "La entrevista médico-paciente: perspectiva de análisis pragmático-discursivo" (Casasbuenas Duarte, 2008). El objetivo del estudio era comprobar si el médico de familia reconocía, exploraba y daba respuesta a las expresiones de sufrimiento por parte del paciente. Para ello analizó treinta y nueve consultas médicas corrientes del centro de Atención Primaria, previamente grabadas audiovisualmente.

En ocho de las treinta y nueve entrevistas se identificaron señales de sufrimiento. En dos de ellas la expresión de sufrimiento se consideró indirecta, en tres (las dos previas y en otra más) el médico no percibió dichas expresiones y en cuatro de las interacciones (las tres previas y en otra más), el médico no respondió a dicha expresión de sufrimiento.

En este trabajo se pone de manifiesto la complejidad del encuentro médico-paciente como acto humano, la multidimensionalidad de la naturaleza del sufrimiento y la variedad en las formas de expresión del sufrimiento por parte del paciente. Todo esto hace difícil la

identificación del sufrimiento bajo un mismo paraguas, complica su atención y empobrece el resultado de los tratamientos.

Casabuenas concluye que para mejorar la labor del médico sería útil y necesario que éstos adquirieran más habilidades, tanto en comunicación interpersonal como en el manejo de las emociones tanto propias como ajenas: "Con estas dos herramientas (comunicación y manejo de emociones), el médico estaría más capacitado para reconocer, identificar, interpretar y dar respuesta a las necesidades emocionales, afectivas, personales, que casi siempre una persona enferma espera de su médico. Mucho más cuando esa enfermedad le está generando sufrimiento."

En cuanto al manejo de las emociones entre los profesionales de la salud, son interesantes los resultados obtenidos en la tesis doctoral de Martín Asuero por la Facultad de Psicología de la UAB en 2014 (Martín Asuero & Moix Queraltó, 2014).

En ella se analiza la efectividad de un programa psico-educativo basado en conciencia plena para profesionales de Atención Primaria, orientado a la reducción del *burnout* y de la alteración emocional así como al aumento de la empatía y de la conciencia plena. Se utilizó un diseño de ensayo clínico controlado y aleatorizado con un grupo experimental y un grupo control, participando un total de 68 profesionales. La intervención consistió en una fase inicial intensiva de 8 semanas seguida de otra de mantenimiento de 10 meses, con una duración total de formación de 50 horas repartidas en 17 sesiones durante 1 año. La formación incluyó tanto contenidos teóricos como ejercicios prácticos de conciencia plena. La evaluación de resultados se realizó al finalizar la fase intensiva, a los 6 meses del inicio y al final del programa. El programa educativo en conciencia plena, tanto su fase intensiva como el programa completo, redujo los niveles de *burnout* y de alteración emocional e incrementó la conciencia plena y

la empatía en los profesionales de atención primaria. Además, los asistentes valoraron la intervención de forma muy positiva y le atribuyeron cambios interesantes en sus actitudes orientados al autocuidado y hacia un mayor profesionalismo.

Lidia Schapira, en una editorial reciente titulado *The essential elements of a therapeutic presence* publicado en la revista *Cancer* (Schapira, 2013), escribe: "La atención a los pacientes con cáncer ha evolucionado al unísono de los avances en la oncología experimental y translacional. El objetivo de ofrecer cuidados personalizados a pacientes con cáncer supone no sólo el conocimiento de la patogénesis molecular y de los mecanismos de la enfermedad, sino también un entendimiento integral de las preferencias, valores y objetivos de los individuos. Es importante recordar que la relación terapéutica es un instrumento valioso, significativo y práctico para ayudar a pacientes y cuidadores en su enfrentamiento a una enfermedad tan devastadora. La relación terapéutica también importa y tiene una cualidad curativa, incluso frente al fracaso terapéutico. Sentir la preocupación y el compromiso por parte de sus oncólogos les aporta una fuente de esperanza y fuerza durante esa difícil etapa. El estudio para analizar la experiencia subjetiva de los pacientes que sufren cáncer ha validado la importancia de los fuertes lazos entre paciente y cuidadores profesionales. Los estudios cualitativos respaldan promover las relaciones terapéuticas basadas en la comprensión y el respeto. No hay que lamentarse por la falta de pruebas de nivel 1 pues sería poco ético imaginar un ensayo clínico diseñado para medir el efecto terapéutico de la compasión."

¿Pero en qué consiste una relación médico-paciente terapéutica para el alivio del sufrimiento?

Chochinov et al. han propuesto recientemente el modelo de efectividad o rendimiento terapéutico basándose en el trabajo en

grupos focales de 78 profesionales clínicos con amplia experiencia en atención psicosocial de enfermos oncológicos (Chochinov et al., 2013). En el modelo se articulan los factores terapéuticos más útiles para aliviar el sufrimiento psicológico de los pacientes con cáncer. El modelo comprende 3 dominios primarios y 3 dominios “solapados o híbridos”, representados en la figura 16:

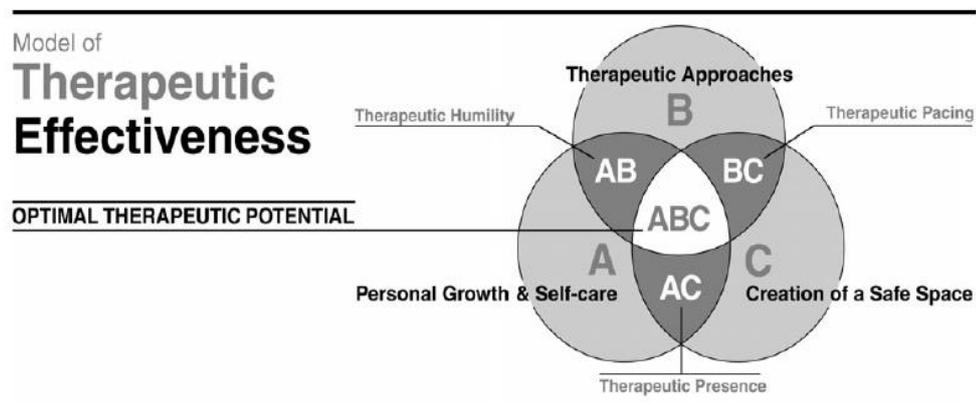


Figura 16. El modelo de efectividad terapéutica en el manejo del sufrimiento del paciente oncológico.

Los 3 dominios primarios son:

**A** El crecimiento personal y el autocuidado del profesional. El bienestar psicológico del clínico es condición indispensable para ser efectivo y la capacidad de autorreflexión es indispensable.

**B** El enfoque terapéutico. Debe ser doble: orientado a la exploración y manejo de las emociones y a la resolución de problemas. La dificultad estriba en reconocer los momentos en que es oportuno priorizar uno u otro objetivo.

**C** La creación de un espacio protegido.

Los dominios híbridos contienen temas adicionales que pueden ser clasificables en más de un dominio primario y son los siguientes:

**AB** *Therapeutic humility*, refiriéndose a la capacidad del profesional de tolerar la incertidumbre, la ambigüedad y de reconocer al

enfermo como experto. Los atributos del profesional en este dominio son: no evitar las emociones, ser capaz de explorar temas difíciles, confiar en el proceso, "sentarse" con el malestar del paciente, evitar tener prisa por solucionar los problemas, gestionar las emociones de forma saludable.

**BC** *Therapeutic pacing* o la capacidad de manejar "el ritmo o los tiempos" para que el enfermo se sienta a salvo. Los atributos del profesional en este dominio comprenden: la amabilidad, el buen juicio, ir sin prisas, escuchar atentamente, animar al enfermo a hablar de sus miedos y su sufrimiento, normalizar y validar esas experiencias, permanecer atento a las pistas emocionales de los pacientes y darles respuesta.

**AC** *Therapeutic presence*. La presencia terapéutica del profesional se caracteriza por ocho atributos: ser compasivo y empático, respetuoso y sin prejuicios, auténtico, ser de confianza, estar presente, reconocer el valor intrínseco del paciente, ser consciente de los límites y ser resiliente.

La intersección **ABC** de la ilustración 9 representa el potencial terapéutico óptimo. Ello no quiere decir que siempre se deban aplicar todos los elementos, sino que el clínico debe manejar los más apropiados en función de las características y circunstancias individuales de cada paciente. Es fundamental promover la pericia en comunicación médico-paciente.

Chochinov et al concluyen: "A pesar del inmenso avance de la medicina, la naturaleza del ser humano permanece intacta. La necesidad de ser entendido, la necesidad de compasión y consideración- especialmente cuando se deteriora la salud- son, como siempre han sido, una característica vital de nuestra humanidad."

Sin duda, los atributos de la comunicación médico-paciente del modelo de efectividad terapéutica pudiera y debiera ser exportado a otros ámbitos como el de la atención al paciente anciano, crónico y vulnerable. El objetivo es proporcionar una atención médica también afectiva y humana. En el caso del paciente anciano, tal y como recoge Williams, éste necesita una comunicación efectiva y empática como parte esencial de su tratamiento (Williams, Haskard, & DiMatteo, 2007).

Resumiendo, el sufrimiento del paciente es multidimensional, individual y cambiante en el tiempo. Los médicos pueden y deben tanto detectarlo como aliviarlo. La comunicación médico-paciente, entendida como el establecimiento de una relación terapéutica de confianza, resulta fundamental para ello.

## 4. El sufrimiento y la fractura de cadera

Los profesionales de la salud debemos atender tanto los aspectos clínicos de sus enfermedades como la experiencia individual de padecerlas (Dhanda, 2014). Esta distinción conceptual en lengua inglesa corresponde a los vocablos *disease* e *illness* respectivamente, que se podrían traducir en español como "enfermedad" y "dolencia".

En el caso de la fractura de cadera ya hemos comprobado que se dispone de un extenso conocimiento acerca de la fractura de cadera "como enfermedad", esto es, conocemos ampliamente la información objetiva relacionada con ella: sus factores de riesgo, su incidencia y prevalencia, su morbimortalidad y el coste sociosanitario que comporta. Sin embargo, existen escasos estudios acerca de cómo afecta y cómo es percibida por el propio paciente.

Aunque haber sufrido una fractura de cadera puede considerarse una amenaza a la integridad de la persona, el sufrimiento que puede acarrear no ha sido prácticamente estudiado.

De hecho, al realizar la búsqueda mediante Pubmed de los términos *mesh* "hip fracture" and "psychologic stress" sólo se obtiene un estudio en el que de hecho se equipara sufrimiento a la presencia de depresión (Houldin & Hogan-Quigley, 1995). Sorprendentemente, en esta búsqueda sí que aparece un artículo médico sobre la profilaxis de la enfermedad ulcerosa péptica durante el ingreso por fractura de cadera, en inglés *stress peptic ulcer*.

Y es que en Pubmed, la palabra *suffering* no existe como término *mesh* y, raramente se utiliza en las revistas médicas, a excepción del ámbito de Cuidados Paliativos. Como Mylod y Lee recogen en el blog *A framework for reducing suffering in health* publicado en *Harvard Business Review* (Mylod & Lee, 2013), "compliance rates must be said to suffer, but not patients" (Lee, 2013).

Además de la notoria escasa bibliografía médica respecto al sufrimiento derivado de presentar una fractura de cadera, otros constructos subjetivos sí que se han estudiado pero bajo el paradigma biomédico o de enfermedad; esto es, la depresión, la ansiedad, etc.

A continuación se recoge la escasa literatura respecto a la vivencia del paciente con fractura de fémur, que característicamente utiliza una metodología cualitativa, y unos artículos seleccionados referentes a los aspectos biomédicos comentados, como miedo a las caídas, depresión o ansiedad.

#### 4.1. La experiencia de la fractura de cadera desde la perspectiva del propio paciente

Archibald et al., con el objetivo de mejorar los cuidados de enfermería a los pacientes ingresados por fractura de fémur, realizó un estudio cualitativo sobre cinco individuos acerca de su experiencia personal. Remarcan los autores que ésta es intrínsecamente individual, compleja y traumática, pudiendo identificar 4 categorías de temas emergentes: la experiencia del momento de la lesión, la experiencia del dolor, la experiencia de la recuperación y por último, la experiencia de la discapacidad. Pese a la supuesta pericia profesional de enfermería en los temas y basándose en las vivencias expresadas por los pacientes, los autores concluyen que existen áreas de mejora en la atención a estos pacientes que consistirían en:

- Atender sus necesidades psicológicas y físicas,
- Elaborar una exquisita y coordinada planificación del alta hospitalaria,
- Perseguir una calidad de vida aceptable para el paciente,
- Mejorar el manejo del dolor (Archibald, 2003).

Para entender mejor la experiencia del dolor en ancianos en el periodo postquirúrgico tras sufrir una fractura de cadera, Bergh et al. llevaron a cabo otro estudio cualitativo que incluyó 22 pacientes a las 48 horas de haber sido operados. Parten de la preocupación de que si bien es cierto que se presta mucha atención a la intensidad de dolor, no pasa lo mismo con las otras dimensiones que lo conforman, que resultan ser incluso ignoradas. En su estudio, los ancianos fueron capaces de describir su experiencia de dolor usando un lenguaje cotidiano, aportando una descripción rica llena de matices y detalles del mismo. Permitir y fomentar dicha expresión de experiencia de su dolor físico, en opinión de los autores, ayuda a entenderla mejor y a poder optimizar su manejo desde un abordaje individual y empático (Bergh, Jakobsson, Sjostrom, & Steen, 2005).

Como resultado de un estudio cualitativo sobre 18 ancianos que habían sufrido una fractura de cadera en el mes previo, Zidén et al. concluyen que este hecho supone para el anciano una vivencia intensamente desagradable y un serio acontecimiento con graves efectos sobre su vida. Las experiencias resultaron ser multidimensionales y complejas. Los temas que surgieron fueron la nueva y súbita experiencia de limitación física y de deterioro de autonomía personal, la restricción en su vida en términos físicos, psicológicos y sociales, la dependencia de los demás, los sentimientos de carencia derivada de la capacidad reducida de movimiento, la desconfianza en su propio cuerpo y también sentimientos de inseguridad, fragilidad y miedo. Un hallazgo encontrado y no reportado hasta la fecha fue la vivencia por parte de los pacientes de "verse o sentirse viejos" y considerar la fractura como el golpe final que lleva a la discapacidad o la muerte. En palabras de los autores, "la fractura no es sólo del hueso sino también una fractura social y existencial" (Ziden, Wenestam, & Hansson-Scherman, 2008).

Estos mismos autores vuelven a entrevistar a los pacientes transcurridos 12 meses desde la fractura, encontrando que las consecuencias negativas persisten en el tiempo: el aislamiento social, las dificultades en la movilidad, la inseguridad, el miedo, la impotencia y tristeza derivadas del cambio de valores propios y del rol personal en la vida (Ziden, Scherman, & Wenestam, 2010). Los autores concluyen que todos los profesionales de la salud que tratan a estos pacientes debieran tener en consideración estas experiencias y miedos y no únicamente centrarse en la lesión física y la discapacidad que comporta.

De hecho, el fenómeno de la fractura de cadera y sus consecuencias son bien conocidos "a nivel de calle". Las ideas preconcebidas que tienen los ancianos que no la han padecido sobre las consecuencias de sufrirla no son halagüeñas: el 80% de mujeres ancianas preferían antes la muerte que sufrir una "mala" fractura de cadera, definida como aquella que comportara institucionalización (Salkeld et al., 2000).

En un estudio cualitativo se compararon las expectativas al respecto entre ancianos comunitarios que no la habían presentado y ancianos ingresados por este motivo. Los ancianos del primer grupo, que no la habían sufrido, equiparaba la fractura de cadera a discapacidad permanente y a muerte social, mientras que los ancianos que la habían sufrido iban modificando sus expectativas en función del progreso funcional que veían en sí mismos y, a destacar, mediante la comunicación con los profesionales que les atendían (Furstenberg, 1986).

Por último, comentar de nuevo el estudio cualitativo de Griffiths (Griffiths et al., 2015) del que se desprende la gran heterogeneidad entre los ancianos a la hora de determinar qué elementos les resultan

importantes en cuanto a su recuperación tras una fractura de cadera. La variación dependía de:

- la movilidad previa del paciente,
- el soporte del entorno,
- la capacidad de adaptación a la nueva situación de dependencia y,
- la percepción de declive como manifestación aceptada de su envejecimiento.

De hecho, la experiencia de fractura de cadera resultó ser inseparable de la experiencia personal global vital y de salud (Griffiths et al., 2015).

#### 4.2. La depresión y la ansiedad asociadas a la fractura de cadera

La depresión no es sólo un factor de riesgo en las caídas de los ancianos (American Geriatrics Society, Expert Panel, 2011), sino que además la prevalencia de depresión entre las personas mayores que han presentado recientemente una fractura de cadera oscila según los estudios entre el 9% y el 47% (J. D. Holmes & A. O. House, 2000).

Un estudio para valorar la evolución de su prevalencia durante los primeros 12 meses del alta, evidencia que el riesgo de presentarla es máximo antes del alta (57,8% de prevalencia), disminuye en el primer mes hasta un 35,6% sigue decreciendo más lentamente hasta los 6 meses tras el alta cuando la prevalencia es del 31,3%. Los factores de riesgo fueron: ser mujer, un peor estado funcional previo y un escaso soporte emocional y social (Shyu et al., 2009).

En otro estudio, el 61% de los pacientes presentaban clínica depresiva antes del alta hospitalaria y no se registró ningún nuevo caso una vez transcurridas 14 semanas desde la misma. El único factor de riesgo

durante el ingreso asociado a la aparición de depresión fue la presencia de apatía durante el ingreso. (Lenze et al., 2007).

En el contexto de fractura de cadera, la presencia de depresión conlleva peores resultados de salud. Influye en la duración del ingreso hospitalario (J. Holmes & A. House, 2000), en el grado de recuperación funcional (Dubljanin Raspopovic et al., 2014; Feng et al., 2010; Fredman, Hawkes, Black, Bertrand, & Magaziner, 2006; Magaziner, Simonsick, Kashner, Hebel, & Kenzora, 1990), en la percepción de calidad de vida (Feng et al., 2010) e incluso en la mortalidad de los pacientes (Nightingale, Holmes, Mason, & House, 2001).

Dada su elevada prevalencia y sus consecuencias, algunos autores aconsejan el cribado sistemático de su presencia en esta población (J. D. Holmes & A. O. House, 2000). El abordaje multidimensional debería incluir la valoración emocional de los pacientes. Sin embargo, Dorra et al. encontraron escasas anotaciones que mencionaran el estado emocional de ancianos con fractura de cadera en sus historiales clínicos (Dorra et al., 2002).

Ahora bien, los resultados de intervenciones sobre la depresión de los pacientes son dispares. Strain et al. (Strain et al., 1991) afirman que una intervención especializada redujo la estancia media y los costes económicos, aunque no especifican en qué consistía dicha intervención.

Houldin et al, en un estudio exploratorio sobre una muestra de 20 pacientes, encuentran que una intervención por parte de una enfermera especializada consistente en proporcionar al paciente el tiempo y la oportunidad de comentar sus temores y preocupaciones, alivió tanto la tristeza como la ansiedad que presentaban (Houldin & Hogan-Quigley, 1995).

Burns et al. llevaron a cabo un estudio aleatorizado para valorar la utilidad de una intervención enfermera sobre la prevención y tratamiento de la depresión en estos pacientes. Encontraron mejoría clínica de los pacientes en ambos casos pero sin llegar a la significación estadística ni conllevar cambios en la estancia media, en el resultado funcional ni en la percepción de dolor (Burns et al., 2007). Además la tasa de participación resultó baja de un 49% sugiriendo la dificultad de implementar intervenciones en una población vulnerable y frágil (Kamholz & Unützer, 2007). Posteriormente los mismos autores demostraron que la intervención de enfermería, resultaba ser coste-efectiva para tratar la depresión, no para prevenir su aparición (Romeo et al., 2011).

En otro estudio Bruggemann et al. analizaron el papel predictor que tenían las creencias preconcebidas y la sensación de desesperanza en la aparición de depresión y ansiedad. A la semana y a las 3 semanas de la intervención quirúrgica, la prevalencia de ansiedad también resultó ser elevada, del 25%. Parece interesante remarcar que la tasa de inclusión resultó ser del 47% respecto al total de individuos ingresados por fractura de cadera en el período de estudio y que el empeoramiento clínico o cognitivo fue causa de no poder realizar la valoración a las 3 semanas en un 44% de los pacientes iniciales. También se comentan las dificultades en la administración de los instrumentos y la necesidad de clarificaciones por parte de los pacientes (Bruggemann, Nixon, & Cavenett, 2007).

Es de señalar que pese a la escasa evidencia sobre el mejor abordaje para detectar, prevenir o tratar la depresión en el anciano que se ha fracturado la cadera, la investigación estrictamente biomédica sigue avanzando y recientemente Philips et al. han demostrado que estos individuos presentan una desregulación hormonal consistente en un aumento de los niveles de cortisol y también del sistema inmune

debida a la reducción de la función bactericida de sus monocitos, ambas a las 6 semanas y persistiendo a los 6 meses tras la intervención quirúrgica. Aunque estos datos aparenten ser extremadamente orgánicos, estos resultados tienen que ver con la fisiopatología de la fragilidad de los ancianos demostrando que entre los pacientes deprimidos la fragilidad es superior y sus resultados de la recuperación peores. Los autores insisten en la necesidad de atender la depresión de estos ancianos para intentar mejorar su recuperación funcional (Duggal et al., 2014; Phillips, Upton, Duggal, Carroll, & Lord, 2013). Estos autores presentan los datos de la tasa de inclusión de pacientes y vale la pena comentar que partiendo de una población inicial de 2.260 individuos, sólo 200 pacientes no cumplieron los criterios de exclusión y consintieron participar en el estudio. De éstos, finalmente, se consideran incluidos un total de 101 participantes aunque sólo se analizan los datos de 68 sujetos. Los motivos principales de la disminución progresiva de efectivos en el estudio son el empeoramiento clínico, la pérdida y el cambio de opinión respecto a su participación del paciente. Los autores comentan los problemas de inclusión como una dificultad habitual en los estudios en pacientes con fractura de fémur.

#### 4.3. El "miedo a caer"

El concepto y término de "miedo a caer" fue utilizado por primera vez en el contexto del síndrome postcaída (Murphy & Isaacs, 1982) y actualmente es reconocido como un problema de salud entre los ancianos, para algunos autores incluso más extendido y serio que las propias caídas (Cumming, Salkeld, Thomas, & Szonyi, 2000).

Tinetti define el "miedo a caer" como "la preocupación perdurable en el tiempo acerca de caer que lleva al individuo a evitar actividades que aún es capaz de realizar". Inicialmente se consideró que su aparición

era consecuencia de haber caído; sin embargo, posteriormente se evidenció su existencia en individuos que nunca habían sufrido una caída y que su origen es multifactorial, influyendo, al menos, aspectos físicos, psicológicos y funcionales.

Su prevalencia media entre los ancianos que no tiene una historia previa de caída se estima que es del 30% (entre el 12 y el 65%) y del doble entre los que han caído (entre el 29 y el 92%), aunque se sospecha que podría ser mayor (Legters, 2002).

Tiene serias consecuencias negativas en el estado funcional y físico de los individuos llegando a hacerles perder autonomía en las actividades de la vida diaria aun cuando no hay un motivo orgánico para que ello suceda.

Las intervenciones que han probado ser efectivas para reducir el "miedo a caer" entre los ancianos ambulatorios no institucionalizados son programas multifactoriales, de ejercicio domiciliario y práctica de taichí en grupo (Zijlstra et al., 2007). Existen dudas, no obstante, sobre cuánto perduran los efectos de estas intervenciones (Kendrick et al., 2014).

El "miedo a caer" ha sido estudiado específicamente entre los ancianos que han presentado una fractura de cadera. Se ha postulado que su presencia puede resultar más determinante que la de la depresión o que la del dolor, en el resultado funcional obtenido ya que dificulta la participación del paciente del proceso de recuperación (Oude Voshaar et al., 2006). Sería necesario atender el "miedo a caer" durante el periodo de recuperación, por ejemplo, buscando la forma de originar conductas que aumenten la confianza de los pacientes (Petrella, Payne, Myers, Overend, & Chesworth, 2000) .

Sin embargo, en 2010 y como resultado de una revisión sistemática de la literatura sobre el "miedo a caer" entre los pacientes con fractura

de cadera, los autores no pudieron determinar su prevalencia en esta población ni concluir acerca de los factores implicados ni de su evolución con el tiempo o de las intervenciones que pudieran resultar más efectivas (J. Visschedijk, Achterberg, Van Balen, & Hertogh, 2010). Todo ello fue consecuencia de la falta de instrumentos adecuados y validados para su evaluación en este supuesto y de estudios prospectivos. Posteriormente, los mismos autores que llevaron a cabo la revisión, han encontrado relación entre la aparición del "miedo a caer" y la capacidad previa de marcha, el nivel funcional conseguido tras la fractura y la presencia concomitante de ansiedad (J. H. Visschedijk, Caljouw, van Balen, Hertogh, & Achterberg, 2014).

En España, el tema del "miedo a caer" en los ancianos está suscitando un creciente interés en los últimos años. La mayoría de los estudios son sobre población anciana que vive en la comunidad o institucionalizada (Alcalde Tirado, 2010). En cuanto al "miedo a caer" en pacientes ancianos ingresados por fractura de cadera en un Servicio de Traumatología y detectado por un médico geriatra, en 2006 Alcorcón et al encontraron una prevalencia sorprendentemente baja, de un 5,1%. Además encontraron relación entre la presencia de "miedo a caer" en el momento del alta y la falta de recuperación de la capacidad de marcha a los 6 meses. (Alarcon, Gonzalez-Montalvo, Barcena, & Gotor, 2006). Los autores remarcan la necesidad de definir la mejor forma de detección clínica en esta situación para poder intervenir precozmente en el periodo postquirúrgico.

Sin duda, se debe profundizar en el conocimiento de la experiencia del "miedo a caer" entre los pacientes que ya han presentado una fractura de cadera.

#### 4.4. Otras experiencias de los pacientes afectados de fractura de cadera

##### 4.4.1. El edadismo

El edadismo, *ageism* en inglés, es la discriminación por razón de edad. Un reciente estudio poblacional en el Reino Unido encontró que el 36,8% de los mayores de 64 años la habían experimentado alguna vez. (Rippon, Kneale, de Oliveira, Demakakos, & Steptoe, 2014). Los factores que se relacionaron con dicha percepción fueron: una edad más avanzada, un nivel educativo más alto, una menor asistencia sanitaria en el domicilio y el estar jubilado.

Un reciente estudio en Taiwan ha analizado la experiencia de edadismo vivida por los ancianos tras una fractura de cadera (Huang, Liang, & Shyu, 2014). El estudio es especialmente interesante ya que en ese país se considera a las personas mayores merecedoras de respeto y de los mejores cuidados. Todos los ancianos experimentaron edadismo. En el periodo inicial tras la fractura, la pérdida de autonomía y la necesidad de asistencia les hicieron sentir sobreprotegidos y "restringidos" por las familias y, aunque redujo temporalmente su control sobre la situación, lo consideraron positivo. Transcurrido un año desde la fractura, los ancianos sintieron un aislamiento progresivo a consecuencia de sus problemas de movilidad y la falta de soporte emocional. Aunque todo ello fue percibido como edadismo, los ancianos lo toleraban por considerar que no era malevolente y que sería inútil luchar contra ello en su situación. Es más, estas experiencias negativas les sirvieron como motivación en su proceso de recuperación.

#### 4.4.2. El sufrimiento espiritual en pacientes con fractura de cadera

En 2012 se publicó el estudio de validación de un instrumento para valorar el sufrimiento espiritual de los pacientes ancianos ingresados en una unidad de rehabilitación geriátrica: el denominado *Spiritual Distress Assessment Tool* (SDAT).

La hipótesis inicial de los autores era que el sufrimiento espiritual aparece cuando las necesidades espirituales de los pacientes no están cubiertas. La espiritualidad consistiría en un concepto integrado por 4 dimensiones:

- el significado,
- la trascendencia,
- los valores y
- la identidad psicosocial,

Mientras que las cinco necesidades espirituales relacionadas con este modelo serían:

- la necesidad de equilibrio vital,
- de conexión o trascendencia,
- de reconocimiento por los profesionales de los valores propios,
- de mantener el control de la situación y
- de mantener la propia identidad.

El SDAT se basa en el resultado de una entrevista semiestructurada en vez de en un grupo de respuestas o instrumentos cerrados. El entrevistador invita al individuo a hablar sobre sus experiencias durante la hospitalización y sólo en caso de que no hable espontáneamente sobre las necesidades espirituales usa unas preguntas abiertas exploratorias preestablecidas. Una vez completada la entrevista, de unos 20 a 30 minutos de duración, es

el investigador el que analiza cómo el sujeto ha hablado de sus necesidades y el que determina si están cubiertas y cómo lo sobrelleva el paciente. Por último, y siguiendo una guía establecida para puntuar el grado de cobertura de necesidades, el investigador puntúa en una escala Likert de 0 a 3 (desde la no evidencia de necesidades no cubiertas hasta la evidencia de necesidades no cubiertas de forma severa) cada una de las cinco necesidades obteniendo una puntuación global de 0 a 15, correspondiendo el valor 15 al máximo sufrimiento espiritual.

Mediante el uso de una entrevista semiestructurada, en contraposición a instrumentos o escalas cerradas, los autores afirman conseguir un abordaje más centrado en el paciente. Hay que destacar también que los autores tienen en cuenta en todo momento la elevada vulnerabilidad de los ancianos en esta situación a la hora de decidir el diseño del estudio, renunciando a obtener unas propiedades psicométricas "óptimas" si ello suponía realizar intervenciones no apropiadas en esta situación. El proceso de validación del instrumento SDAT resulta innovador en este sentido.

Pues bien, en este estudio el 65% de los pacientes tuvo algún grado de sufrimiento o malestar espiritual, el 28,6% mostró al menos algún sufrimiento espiritual en todas y cada una de las esferas o dimensiones y el 22,2% tiene un sufrimiento de intensidad severa en al menos una de ellas. (Monod et al., 2012). Llama la atención la escasez de estudios acerca del sufrimiento asociado a la fractura de cadera, pese a la elevada incidencia y morbilidad de la misma. Tal escasez y el pequeño tamaño muestral de los estudios publicados ponen en evidencia las dificultades que plantea su evaluación.

## III. Estudio empírico

### 5. Objetivos

#### 5.1. Objetivo general

Analizar el sufrimiento en fase subaguda de los pacientes ancianos ingresados por fractura de cadera mediante el uso de instrumentos.

#### 5.2. Objetivos específicos

Se plantean los siguientes objetivos específicos:

- a) Obtener una versión adaptada al español de las instrucciones del instrumento PRISM aplicable a la población objeto de estudio.
- b) Explorar los factores que se relacionan con la aparición de sufrimiento en esta población.
- c) Valorar la utilidad y las dificultades que se presentan en el uso de instrumentos y cuestionarios para el segmento de población objeto de estudio.

Se consideró condición indispensable no generar sufrimiento añadido a los pacientes.

## 6. Metodología

### 6.1. Tipo de estudio

Estudio de tipo mixto, con metodología cuantitativa y cualitativa, descriptivo, longitudinal y multidisciplinario.

### 6.2. Participantes: población y muestra

Pacientes ancianos ingresados por presentar una fractura de cadera en dos centros hospitalarios universitarios: la Corporació Sanitària Parc Tauli - Parc Taulí Sabadell Hospital Universitari (CSPT) de Sabadell y el Hospital Universitari Germans Trias i Pujol (HUGTP) de Badalona.

La CSPT es una corporación sanitaria universitaria que dispone de un total de 682 camas (466 camas de Agudos y 216 camas Sociosanitarias) para una población de referencia de 391.460 ciudadanos que residen en el Vallés Occidental (provincia de Barcelona) y de 482.396 ciudadanos para el ámbito de atención Sociosanitaria (Datos de población de referencia 2015 del Servei Català de la Salut, Registro Central de Personas Aseguradas (RCA) obtenidos de web institucional: <http://www.tauli.cat/tauli/>, acceso 7/6/2015). Dispone de una Unidad de Convalecencia o de Post-agudos de 78 camas cuyo objetivo es la recuperación funcional máxima y conseguir mejores resultados de salud tras el ingreso en el hospital de agudos tras haber sufrido procesos tales como una fractura de cadera (Generalitat de Catalunya, Departament de Salut,, Pla director sociosanitari, 2014).

El HUGTiP es un hospital universitario de 551 camas de Agudos para una población de referencia como hospital básico de 200.000 personas en el área del municipio de Badalona y de 800.000 personas para la

atención sanitaria de alta complejidad en el área Barcelonés Nord y el Maresme (Barcelona). (Datos de población de referencia obtenidos de web institucional: <http://www.gencat.cat/ics/germanstrias/index.htm>, acceso 7/6/2105). En este caso, los pacientes que precisan completar su periodo convaleciente son trasladados a los centros Sociosanitarios correspondientes del área.

A los pacientes ingresados durante el periodo de estudio se les propuso participar si correspondía por los criterios de admisión, exclusión, elegibilidad e inclusión que se especifican a continuación:

**Criterios de admisión:**

- Tener más de 64 años de edad.
- Haber ingresado por presentar una fractura de cadera y haber sido intervenido quirúrgicamente por ello.
- No presentar los criterios de exclusión

**Criterios de exclusión:**

- Constar diagnóstico o padecer demencia avanzada, estadios 6 y 7 según criterios de Reisberg (Reisberg, Ferris, de Leon, & Crook, 1982).
- Presentar enfermedad neoplásica activa.
- Institucionalización previa al ingreso, esto es, vivir previamente en una residencia, dado que estos pacientes son dados de alta a los 5 días de la intervención quirúrgica.
- Presentar un déficit sensorial severo (hipoacusia o alteración de la agudeza visual) o barrera idiomática que imposibiliten la entrevista.

### **Criterios de elegibilidad e inclusión:**

- Estar en condiciones de salud en las esferas física y cognitiva que posibiliten la entrevista con el profesional, ello valorado clínicamente por profesionales expertos en Geriatria. La presencia de cuadro clínico de delirium o síndrome confusional agudo según criterios del instrumento *Confusion Assessment Method* (CAM) (Inouye et al., 1990) en el momento de la valoración era motivo de no elegibilidad.
- Acceder a participar voluntariamente en el estudio tras haber sido informado de sus características. Se recogió el consentimiento por escrito.

### 6.3. Diseño del estudio

El estudio consta de tres fases diferenciadas:

- Primera fase preparatoria
- Segunda fase de trabajo de campo
- Tercera fase de análisis de los resultados.

#### 6.3.1. Fase preparatoria del estudio

En esta fase se abordaron los siguientes puntos:

- La elección de las variables a considerar en el sufrimiento de los pacientes, los instrumentos para evaluarlas y la decisión sobre los momentos de valoración.
- La selección y formación del equipo investigador.
- La elaboración del material del trabajo de campo.
- La adaptación lingüística de las instrucciones del PRISM a la población a estudio.

Los Comités de Ética de Investigación Clínica (CEIC) de ambos centros aprobaron el presente estudio (Anexo 1).

6.3.1.1. La elección de las variables a considerar en el sufrimiento de los pacientes, los instrumentos para evaluarlas y el momento de valoración

Las variables o factores potencialmente relacionables con la vivencia de sufrimiento fueron seleccionadas en base a la literatura previa y a la experiencia clínica del equipo investigador. Además de las variables relacionadas con el sufrimiento que ya habían sido estudiadas en otras poblaciones, se decidió incorporar otras dimensiones relevantes para la población objeto de estudio como son las referentes a la valoración geriátrica integral. También se decidió incorporar variables de personalidad que se relacionan con el afrontamiento.

Las variables escogidas se pueden clasificar en tres categorías:

- sociodemográficas y administrativas,
- de la valoración geriátrica integral, incluyendo el ,
- aspectos psicológicos y otras variables: malestar emocional, depresión, ansiedad, sentido de la coherencia, inteligencia emocional, resiliencia, el dolor físico y el estado de salud y soporte familiar percibidos

Las variables de las primeras dos categorías son recogidas por los equipos especialistas en geriatría de forma integrada, natural y metódica durante la recogida de información y entrevista clínica con el paciente anciano y su familia con instrumentos específicos y ampliamente consensuados del ámbito.

Aunque el resto de variables son habitualmente consideradas y exploradas por los profesionales de la Geriatría, era preciso escoger los instrumentos concretos a utilizar teniendo en cuenta

la vulnerabilidad de la población a estudio. En su proceso de selección siempre se intentó optar por aquellos instrumentos o bien de uso habitual en la práctica clínica con ancianos o previamente validados en ellos. Siempre que fue posible se optó por la versión del instrumento más sencilla y breve.

Previo al inicio de la ejecución del estudio, se comprobó la aceptabilidad y comprensión de los instrumentos escogidos en un grupo de adultos sanos (n=3) y de ancianos ingresados en la Unidad de Convalecencia por diferentes motivos (n=4).

Los datos recogidos e instrumentos utilizados son descritos en el apartado correspondiente de Método (6.3.2).

Todos los pacientes debían ser valorados en el periodo agudo o postagudo de su proceso asistencial. Esto es, antes de ser dados de alta definitivamente del Hospital de Agudos tras la intervención quirúrgica y/o del Centro Sociosanitario subsiguiente en el caso de la CSPT.

La posibilidad de realizar una entrevista en el periodo pre-quirúrgico fue en seguida desestimada tras comprobar la mala tolerancia a la misma por parte de los pacientes.

Para intentar minimizar la fatiga del paciente, la entrevista se podía completar en dos días diferentes próximos entre sí.

Algunos pacientes fueron entrevistados en más de una ocasión con el objetivo de obtener datos acerca de la fiabilidad y sensibilidad al cambio de los instrumentos.

#### 6.3.1.2. *La selección y formación del equipo investigador*

Se determinó que el equipo investigador debía formar parte del equipo geriátrico que prestaba la atención asistencial a dichos pacientes.

Dicho equipo era el encargado de realizar las que denominaremos entrevistas de sufrimiento

Está compuesto por seis profesionales asistenciales *seniors* en el ámbito de la Geriátría y destaca su carácter interdisciplinario: una médica (investigadora principal, CSPT), una enfermera (CSPT), tres trabajadoras sociales (2 en CSPT y 1 en HUGTP) y una terapeutas ocupacionales (HUGTiP).

Todos ellos disponen de experiencia clínica y conocimientos tanto en el propio campo de la geriatría como en el de la comunicación paciente-profesional sanitario y de la bioética. Forman parte de los consolidados equipos de UFISS Geriátría de ambos centros y, en el caso de la CSPT, también de la Unidad de Convalecencia. Todos ellos realizan actividad docente de forma habitual, tanto en el ámbito de pregrado como de postgrado.

La formación específica del equipo incluyó el dominio del diseño del estudio, la forma de realizar las entrevistas, administrar los instrumentos y registrar los resultados. Se procuró al máximo la homogeneización de criterio.

Al constituirse el equipo investigador se acordó que se seguiría un proceso continuo de reflexión materializado en reuniones periódicas. En ellas se discutiría sobre las dificultades del estudio y se tomarían decisiones oportunas y consensuadas para garantizar la viabilidad y rigurosidad del mismo así como la necesidad de no generar más sufrimiento a una población en situación de extrema vulnerabilidad. En estas reuniones también se tenía en consideración la opinión de los propios pacientes recogida a través del propio investigador o del cuadernillo de opinión confeccionado a tal efecto.

#### 6.3.1.3. La elaboración del material del trabajo de campo

Se elaboraron las hojas de recogida de datos así como el soporte visual que podía utilizar el investigador para facilitar la entrevista con el paciente, como por ejemplo la representación gráfica de la escala verbal de dolor o las respuestas de las escalas tipo Likert.

Se confeccionó el denominado "Cuaderno de opinión del paciente" (Anexo 2), que se entregaba, solicitando su cumplimiento, al finalizar su participación en el estudio. Se pretendía disponer de su opinión en las cuestiones: carga que había supuesto el estudio, su percepción de comprensión de los cuestionarios y su satisfacción por participar en el mismo. Su elaboración se basó en la pericia clínica de los investigadores.

#### 6.3.1.4. Adaptación lingüística de las instrucciones del instrumento PRISM

Las instrucciones originales en lengua inglesa de la tarea PRISM son breves y aparentemente sencillas (Anexo 3.a) (Buchi & Sensky, 1999). En el momento de plantear esta investigación, no se encontraron referencias sobre dificultades en su comprensión ni constaba que se hubiese determinado un límite superior de edad para participar. Se contactó con los autores del instrumento, que corroboraron dicha información, también considerando su propia experiencia en el ámbito de la asistencia clínica.

Se contactó también con Lalue-Sanches, autora de la adaptación del instrumento PRISM para pacientes con disfunción de la articulación temporo-mandibular en Brasil (Lalue, Andriucioli, Fernandes, & Paula, 2011). Así mismo, también se consideró la versión utilizada para pacientes

oncológicos en Colombia (Krikorian, Limonero, Vargas, et al., 2013).

Lalue-Sanches explicitó ciertas dificultades en la comprensión de la tarea en relación con la edad de los pacientes y de su nivel educativo.

Los datos más actuales acerca del nivel educativo en España proceden del Censo de Población y Vivienda 2001 del INE ([www.ine.es](http://www.ine.es)). Para la población anciana en Cataluña los datos son (mujeres/hombres) 9% y 3,6% analfabetos, 32,1% y 29% sin estudios, 17,4% y 23,6% estudios secundarios y 2,2% y 5,6% estudios superiores (Fundació Institut Català de l'Envel·liment, 2004).

Teniendo en cuenta la edad de los pacientes, su situación de vulnerabilidad y los datos comentados sobre el nivel educativo, se determinó la necesidad de adaptar las instrucciones de la tarea PRISM a la población a estudio.

Se utilizó el método de "doble traducción-doble retrotraducción", (Acquadro, Conway, Hareendran, & Aaronson, 2008; Beaton, Bombardier, Guillemin, & Ferraz, 2000).

Durante el proceso participaron cuatro traductores profesionales con experiencia previa en adaptación de instrumentos de medición de salud (Pacheco-Huergo et al., 2012), el Equipo Investigador y el denominado Grupo de Expertos. También se ha mantenido contacto con los autores de la tarea PRISM (Dr. Büchi y Dr. Sensky). Anexo 4.

#### 6.3.1.5. Traducción y primera reunión de consenso

Dos traductores profesionales bilingües en inglés, de lengua materna española, realizaron dos traducciones

independientes (T1 y T2). Posteriormente se convocó la primera reunión con los traductores y miembros del Equipo Investigador donde se discutieron las diferencias lingüísticas y conceptuales y se obtuvo la primera versión de las instrucciones en español (versión PRISMV1).

#### 6.3.1.6. Retrotraducción

Dos traductores profesionales bilingües de lengua materna inglesa, realizaron sendas retrotraducciones independientes al inglés del PRISMV1

#### 6.3.1.7. Segunda reunión de consenso con traductores y retrotraductores

Con el mismo procedimiento de discusión que en la primera reunión, se obtuvo la segunda versión consensuada en español (PRISMV2).

#### 6.3.1.8. Prueba piloto con la versión PRISMV2

La versión PRISMV2 fue testada sobre un grupo de pacientes afectos de fractura de cadera por el Equipo Investigador, atendiendo a la representación de diferentes niveles educativos y detectando las dificultades encontradas.

#### 6.3.1.9. Reunión del Grupo de Expertos

El grupo estuvo constituido por los traductores y retrotraductores, los investigadores y los siguientes profesionales: un médico asistencial del ámbito de la geriatría con responsabilidades en gestión, una psicóloga clínica del ámbito de los cuidados paliativos con experiencia en investigación clínica, una médica epidemióloga y un bioestadístico, todos con experiencia investigadora, y doctores salvo uno de ellos.

En esta reunión se discutió e integró toda la información recogida, incluyendo el análisis de fragmentos de entrevistas audiograbadas y la experiencia de los investigadores.

Finalmente se consensuaron y aprobaron la versión definitiva en español de las instrucciones del instrumento PRISM (Anexo 3.b) y las estrategias para mejorar la comprensión y aceptabilidad de los instrumentos por parte de los pacientes.

### 6.3.2. Ejecución del trabajo de campo

#### 6.3.2.1. *Oleadas*

La inclusión de sujetos en el estudio se produjo durante un total de nueve meses repartidos en tres periodos: de mayo a julio de 2013 (periodo denominado 2013), de enero a abril de 2014 (periodo 2014) y de diciembre a febrero de 2015 (periodo 2015).

#### 6.3.2.2. *Procedimiento de la recogida de datos*

La selección de pacientes en función de los criterios de admisión, exclusión y elegibilidad fue realizada por los profesionales del equipo investigador que forman parte de las UFISS de Geriátrica de ambos hospitales.

Durante los periodos 2013 y 2014 en la CSPT se recogieron todos los pacientes ingresados de forma consecutiva por fractura de cadera y se registraron los criterios de admisión, elegibilidad e inclusión para todos ellos. Se obtuvo así el diagrama de flujo de pacientes en el estudio.

El equipo investigador era el encargado de informar sobre el estudio y pedir su consentimiento a los pacientes considerados elegibles.

Los pacientes que aceptaron participar eran entrevistados por dichos profesionales mediante la que denominamos entrevista de sufrimiento, en la que administraban los instrumentos de evaluación estipulados, con las siguientes premisas:

- Los instrumentos eran heteroadministrados por el investigador.
- A no ser que el paciente lo solicitara explícitamente, la entrevista se hacía sin presencia de familiar.
- Se procuró un ambiente propicio para mantener la confidencialidad.
- Las entrevistas fueron audiograbadas.

Dichas entrevistas se llevaron a cabo cuando el paciente aún se encontraba en ámbito hospitalario: durante la hospitalización en la planta de Agudos de los Servicios de Cirugía Ortopédica y Traumatología (COT) de ambos centros y/o en la planta de la Unidad de Convalecencia de la CSPT. Se procuró especialmente no interferir con la actividad habitual, asistencial o no, de los pacientes: el pase de visita, el programa de fisioterapia, la cura de heridas, la participación en el grupo de caídas, las visitas de familiares y allegados, los tiempos de comer o de descanso, etc.

#### 6.3.2.3. Clasificación y descripción de los datos recogidos, las variables estudiadas y los instrumentos utilizados para su valoración

*Registro de identificación de los enfermos y datos administrativos:*

- Código de identificación del paciente en el estudio. A los pacientes incluidos también se les adjudicó un número de identificación denominado PRISM (p.ej.: PRISM 1, PRISM 2...), con el que se les denomina en el trabajo.

- Fecha de ingreso en el hospital de agudos a través del Servicio de Urgencias Hospitalarias (SUH).
- Fecha de intervención quirúrgica. El tiempo de demora quirúrgica resulta de restar a esta fecha la de ingreso.
- Fecha y destino al alta del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología (COT) del hospital de agudos: traslado a Unidad de Convalecencia de Centro Sociosanitario, domicilio, éxitus, otros.
- Fecha de decisión de admisión/elegibilidad/inclusión. Para los pacientes incluidos se ha considerado la fecha de firma del consentimiento. El tiempo de decisión admisión resulta de restar dicha fecha a la fecha de intervención quirúrgica.
- Fecha de la entrevista de sufrimiento. El tiempo de entrevista resulta de la resta entre esta fecha y la de la operación quirúrgica.
- Prescripción por parte del facultativo de COT de necesidad de descarga de la extremidad intervenida, esto es, no poder apoyar en el suelo dicha extremidad para deambular.
- Tasa de mortalidad. Además de registrar el número de pacientes que fallecieron durante el ingreso hospitalario, en mayo del 2015 se ha revisado la mortalidad según registro de datos del Servicio de Admisiones de la CSPT, esto supone habiendo transcurrido entre 3 y 22 meses desde el ingreso por fractura de cadera.

*Datos sociodemográficos y descripción:*

- Edad y categorías de edad de la siguiente forma: de 65 a 74 años, de 75 a 84 años y más de 84 años.
- Sexo.

- Nivel educativo. Mediante la clasificación utilizada por el Instituto Nacional de Estadística (INE): no sabe leer ni escribir (Analfabeto), sin estudios o estudios primarios incompletos (Sin estudios), estudios primarios completos (Primarios), estudios secundarios (Secundarios), diplomatura o licenciatura (Superiores).
- Convivientes: Vive solo, vive con cónyuge, vive con hijos o con otra familia.
- Presencia de barreras arquitectónicas (BAA) en domicilio, por ejemplo: presencia de escaleras de acceso a la vivienda o en su interior, disponer de bañera o plato de ducha no a pie plano, etc. Se clasifican en ninguna BAA, exteriores, interiores y presencia de ambas.

*Datos de la valoración geriátrica integral:*

- Grado de comorbilidad. Valorado mediante el Índice de Charlson (Charlson, Pompei, Ales, & MacKenzie, 1987) y sus valores de corte: ausencia de comorbilidad si el resultado de la puntuación =0 o 1; comorbilidad baja si puntuación =2; comorbilidad elevada si >2. Se relaciona con el número y la gravedad de las enfermedades crónicas que padece el enfermo y es predictor de mortalidad. Anexo 5.a.
- Presencia o no de las 22 enfermedades crónicas más prevalentes o que ocasionan más discapacidad en personas ancianas: hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus (DM), enfermedad pulmonar crónica (EPOC), insuficiencia cardiaca congestiva (ICC), cardiopatía isquémica, arritmia completa por fibrilación auricular (ACxFA), enfermedad de Parkinson, antecedente de accidente vasculocerebral o ictus (AVC), insuficiencia renal

crónica, cirrosis hepática, arteriopatía periférica, osteoporosis (OP), artropatía degenerativa o artrosis, úlcera o enfermedad péptica, obesidad, demencia (no avanzada), enfermedad sistémica reumatológica, hipertrofia benigna de próstata (HBP), fractura ósea previa (FX), enfermedad psiquiátrica previa (depresión o ansiedad), neoplasia previa, enfermedad del tiroides.

- Número de enfermedades crónicas presentes: el número total de las enfermedades crónicas enumeradas en el apartado previo que presenta el paciente. La categorización para definir vulnerabilidad en relación con la variable se ha establecido con el valor  $\leq 5$  enfermedades y  $> 5$  (Morley, Malmstrom, & Miller, 2012).
- Número de fármacos prescritos previamente al ingreso. La categorización para definir vulnerabilidad en relación con la toma de diferentes fármacos al día se ha establecido con el valor  $\leq 5$  fármacos y  $> 5$  fármacos (Rolfson, Majumdar, Tsuyuki, Tahir, & Rockwood, 2006; Song, Mitnitski, & Rockwood, 2010).
- Capacidad funcional previa para las actividades instrumentales (AIVD) de la vida diaria, evaluada mediante el Índice de Lawton (Lawton & Brody, 1969). Las mujeres puntúan sobre un total de 8 puntos y los varones sobre 5 puntos. Valores inferiores indican dependencia para AIVD. Anexo 5.b.
- Capacidad funcional para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), valorada a través del Índice de Barthel (Mahoney & Barthel, 1965). Puntuación de 0 a 100. Dependencia leve si  $\geq 60$ ; moderada de 55 a 40; severa de 35 a 20; total  $< 20$ . Se recogen tanto el valor previo al ingreso actual (situación basal), como el que presenta el

paciente en el momento de valoración por UFISS. Anexo 5.c.

- Pérdida funcional en el momento de la valoración, expresado en porcentaje mediante el cociente entre los puntos de Barthel perdidos en ese momento (Barthel previo-Barthel UFISS) dividido por el índice de Barthel previo (Baztán et al., 2004).
- Estado cognitivo mediante el Test de Pfeiffer o *Short Portable Mental Status Questionnaire* (Pfeiffer, 1975) en el momento de la valoración por UFISS. Puntuación de 0 a 10 errores: hasta 2 errores se considera normal, de 3 a 7 errores: deterioro leve-moderado y más de 7 errores: deterioro severo; no se ha considerado el nivel de estudios Anexo 5.d.
- Presencia de síndrome confusional agudo o delirium (SCA) mediante el instrumento de cribado *Confusion Assessment Method* (CAM) (Inouye et al., 1990) elaborado por Inouye et al. Consta de 4 criterios:
  - inicio agudo y curso fluctuante,
  - déficit de atención,
  - pensamiento desorganizado,
  - nivel de conciencia disminuido.

Para establecer la sospecha de SCA se requieren los dos primeros criterios y uno cualquiera de los dos últimos.

- Presencia de síndromes geriátricos previos al ingreso: alteración de la marcha, mala agudeza visual, hipoacusia, dolor crónico, insomnio, depresión, antecedente previo de delirium o síndrome confusional agudo (SCA), pérdida de peso, incontinencia urinaria, incontinencia fecal, constipación, polifarmacia, síndrome inmovilidad, úlceras

por presión, disfagia, antecedente de caída- en los 6 meses previos al ingreso, sobrecarga del cuidador.

- Número de síndromes geriátricos previos al ingreso: el número total. Se ha considerado el valor  $\leq 3$  síndromes geriátricos y  $> 3$  como indicativa de mayor fragilidad.
- Ámbito de deambulación previa a la fractura: deambulación por exteriores (fuera de domicilio) sin acompañante, por exteriores acompañado, solamente por interiores (por dentro de domicilio).
- Ayudas técnicas a la marcha: marcha libre o sin ayuda técnica (AT), con bastón de puño o bastón inglés (muleta), con caminador, con guía (asistencia de otra persona).

*Variables e instrumentos para evaluar el sufrimiento, el malestar emocional, otras variables psicológicas y resto de variables:*

- Sufrimiento, medida cuantitativa obtenida a través del instrumento *Pictorial Representation of Illness Self Measure* (PRISM).

El PRISM ha demostrado ser un método fiable, válido y sensible al cambio para la evaluación del sufrimiento derivado de padecer diversas enfermedades crónicas. Recientemente ha sido validado por Krikorian para pacientes ambulatorios con enfermedad oncológica avanzada en Colombia (Krikorian, Limonero, Vargas, et al., 2013).

El instrumento PRISM original, el utilizado en este estudio, se compone de un tablero magnético blanco de tamaño A4 con un círculo amarillo de 7 centímetros de diámetro dibujado en su esquina inferior derecha y un disco imantado de color rojo de 5 centímetros de diámetro. Figura 17.

La tarea consiste en solicitar al paciente que, imaginando que el tablero representa su vida en ese momento, el disco amarillo su persona y el disco rojo su dolencia, coloque dicho disco rojo para que represente cuánto le está afectando en ese momento. Las instrucciones originales en lengua inglesa se pueden consultar en el Anexo 3.a.

La distancia en centímetros que separa los centros de ambos círculos, la distancia *Self Illness Separation* (SIS, figura 17), se considera que es una medida cuantitativa del sufrimiento que le provoca la dolencia de forma que a menor distancia más sufrimiento y viceversa, con un rango posible de entre 0 y 27 centímetros.

La tarea se completa preguntándole al paciente por qué ha puesto el círculo donde lo ha hecho, con la pretensión de que el paciente hable acerca de lo que le hace sufrir.

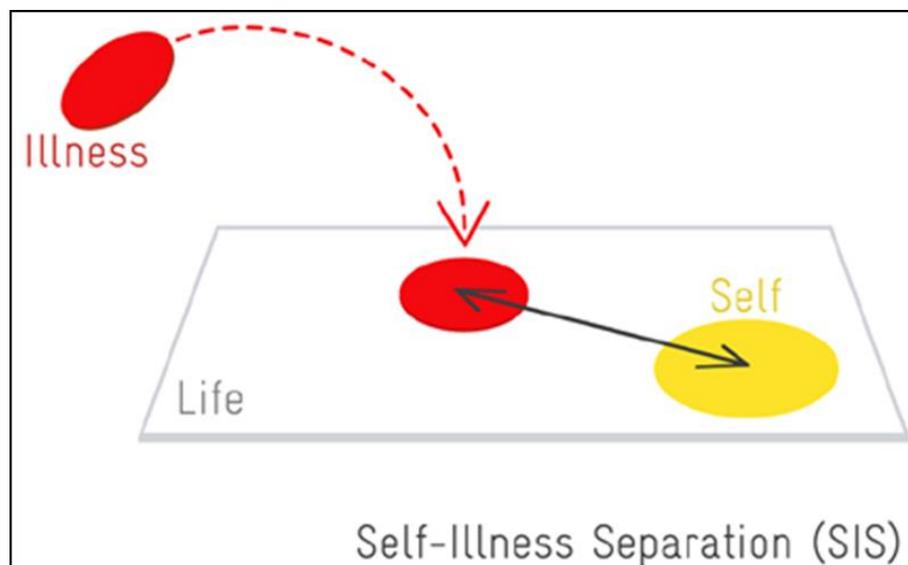


Figura 17. La tarea PRISM. Obtención de la variable cuantitativa *Self-Illness Separation* (SIS): la distancia entre los centros de ambos círculos medida en centímetros. A mayor distancia, menor sufrimiento.

- Malestar emocional, mediante la Escala de Detección de Malestar Emocional (DME).

Su elaboración es el fruto del trabajo de un grupo interdisciplinario de Paliativos, liderado por Maté y Mateo durante los años 2008 y 2009 (Maté et al., 2009) y auspiciado por la Sociedad Española de Cuidados Paliativos y el Pla Director Sociosanitari del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. En ese momento existían escasos instrumentos para valorar el sufrimiento y ninguno fue considerado apropiado para su uso clínico en personas vulnerables, cercanas a la muerte (Bayés, 2003a; Limonero et al., 2012; Maté et al., 2009).

En el proceso de la elaboración del cuestionario DME se consideraron en todo momento los aspectos bioéticos, evitando cualquier iatrogenia y, para su confección, se tuvieron siempre presentes la calidad de la atención y el respeto por la vulnerabilidad del enfermo al final de la vida:

- restringiendo al máximo la cantidad de preguntas,
- priorizando el confort del paciente por delante de la obtención de datos y
- considerando la relevancia de la información recabada para el enfermo.

Pese a todas estas precauciones, los mismos autores advierten: "la experiencia del profesional y la actitud con la que éste se acerque al paciente para administrar el DME, puede influir, no sólo en la validez de los datos obtenidos, sino también en el verdadero sentido del instrumento construido" (Maté et al., 2009).

El cuestionario DME consta de dos partes. La primera consiste en tres preguntas dirigidas al enfermo: dos de ellas en formato de escala numérica de 0 a 10, en las que se evalúa el estado de ánimo y la percepción de afrontamiento de la situación (preguntas 1 y 3, respectivamente), y otra que registra la presencia o ausencia de preocupaciones (pregunta 2). La segunda parte consiste en la observación y registro, por parte del profesional sanitario, de la presencia de signos externos de malestar emocional. Figura 18.

1ª. ¿Cómo se encuentra de ánimo, bien, regular, mal, o usted qué diría?  
⇒ Entre 0 "muy mal" y 10 "muy bien", ¿qué valor le daría?:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Muy mal Muy bien

2ª. ¿Hay algo que le preocupe?  Sí  No  
⇒ En caso afirmativo, le preguntamos:  
En este momento, ¿qué es lo que más le preocupa?  
Tipo de preocupación (señala y describe)

Económicos  
 Familiares  
 Emocionales  
 Espirituales  
 Somáticos  
 Otros:

3ª. ¿Cómo lleva esta situación?  
Entre 0 "no le cuesta nada" y 10 "le cuesta mucho", ¿qué valor le daría?:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
No le cuesta nada Le cuesta mucho

4ª. ¿Se observan signos externos de malestar?  Sí  No  
⇒ En caso afirmativo, señala cuáles:

Expresión facial.  
(tristeza, miedo, euforia, enfado...).

Aislamiento.  
(mutismo, demanda de persianas bajadas, rechazo de visitas, ausencia de distracciones, incomunicación...).

Demanda constante de compañía / atención.  
(quejas constantes...).

Alteraciones del comportamiento nocturno.  
(insomnio, pesadillas, demandas de rescate no justificadas, quejas...).

Otros:

Figura 18. Cuestionario de Detección del Malestar Emocional (DME)

El DME otorga una puntuación total formada por la suma de las respuestas a las preguntas 1 y 3 de la siguiente

Criterios de corrección del cuestionario DME:

(10-Item 1) + Item 3

forma:

El rango del resultado es de 0 a 20 (de menor a mayor malestar emocional), considerando un valor igual o superior a 9 como punto de corte para malestar importante (Limonero et al., 2012), que comparado con una valoración clínica psicológica arroja una sensibilidad de 78,% y especificidad de 75,7% con un valor predictivo positivo del 80% y valor predictivo negativo del 78,2%

El cuestionario DME es considerado un instrumento sencillo, fiable, fácil de aplicar, no invasivo y con buena sensibilidad y especificidad para detectar el malestar emocional del enfermo con cáncer avanzado en el ámbito de los cuidados paliativos (Limonero et al., 2012). Sus autores sugieren que, por sus características, el DME podría implementarse en otros ámbitos de salud: la atención domiciliaria, la atención primaria, programas de asistencia de pacientes con enfermedades crónicas avanzadas no oncológicas, etc. (Limonero et al., 2012).

Para el presente estudio, previendo posibles dificultades con el manejo por parte de los pacientes de las respuestas en forma de escala numérica a las preguntas 1 y 3 ("¿Cómo está de ánimos?" y ¿"Cómo lo lleva?"), se determinó una alternativa en forma de escala verbal tipo Likert de tres opciones: bien, regular y mal.

- Dolor físico mediante una escala categórica de dolor de tipo Likert con 5 valores: ninguno, leve, moderado, severo e insoportable (Closs, 2007) que puntúan respectivamente de 0 a 4 puntos.
- Ansiedad, mediante la escala denominada *Geriatric Anxiety Inventory* (GAI) (Pachana et al., 2007), validada al español por Márquez-González (Marquez-Gonzalez, Losada, Fernandez-Fernandez, & Pachana, 2012). Se ha utilizado la versión abreviada de 5 preguntas con respuesta dicotómica si/no y rango de puntuación de 0 a 5 (a mayor puntuación, mayor ansiedad), que con un valor de corte  $\geq 3$  (Byrne & Pachana, 2011) ha demostrado una sensibilidad del 75%, especificidad del 87% y coeficiente de *alpha* de Cronbach de 0.81. Anexo 6.a.
- Depresión, a través de la *Geriatric Depression Scale* de Yesavage abreviada (Yesavage et al., 1982), validada al español por Martí y Miralles (2000) y por Martínez et al. (2002). Se ha utilizado la versión de 5 preguntas (De Dios del Valle, Hernández Sánchez, Rexach Cano, & Cruz Jentoft, 2001) con respuesta dicotómica si/no y rango de valores de 0 a 5 (a mayor valor, mayor depresión) y con valor de corte  $\geq 2$ , con una sensibilidad del 99% y especificidad 57%. Anexo 6.b.
- Soporte familiar percibido, valorado mediante el cuestionario Apgar Familiar (Smilkstein, Ashworth, & Montano, 1982), validado al español por Bellón et al. (1996) con un *alpha* de Cronbach de 0,84. Consta de 5 ítems con respuesta tipo Likert de 3 opciones. Rango de valores de 0 a 10 (a mayor valor, mayor soporte percibido) Anexo 6.c.

- Percepción de salud o calidad de vida relacionada con la salud, mediante la versión del cuestionario de salud *SF Health Survey* de 12 ítems-1 semana (SF12), adaptado al español por Alonso et al (Ware, Kosinski, & Keller, 1996). Consta de 12 ítems procedentes de las 8 dimensiones del SF-36 con escalas de tipo Likert que evalúan intensidad o frecuencia y que ofrecen tres o seis opciones de respuesta según el ítem. Precisa ser codificado y transformado mediante un software (licencia de uso otorgada por QualityMetric a través de [www.bibliopro.org](http://www.bibliopro.org)) obteniéndose una escala de 0 a 100, de peor a mejor estado de salud percibido. La primera pregunta del cuestionario de salud SF-12 corresponde a la pregunta: "¿Cómo diría que es su estado de salud?" con respuesta tipo Likert de 3 valores: bueno, regular, malo. Anexo 6.d.
- Sentido de coherencia o disposición personal a percibir las experiencias vitales como comprensibles, manejables y con significado. Valorado mediante el cuestionario *Orientation to Life Questionnaire de Antonovsky* (OLQ). La versión original de 13 ítems ha sido validada al español por Virués-Ortega et al (Virués-Ortega, Martínez-Martín, del Barrio, & Lozano, 2007), con un *alpha* de Cronbach de 0,80. Se ha utilizado la versión de 3 ítems (OLQ-3) con respuesta de tipo Likert con 3 posibles valores, obteniéndose una puntuación de 0 a 6 (de mayor a menor sentido de coherencia) (Lundberg & Nystrom Peck, 1995). Anexo 6.e.
- Estilo de afrontamiento resiliente, valorado mediante la escala *Brief Resilient Coping Scale* (BRCS) (Sinclair & Wallston, 2004), adaptada al español por Limonero et al (Limonero et al., 2010) con un *alpha* de Cronbach de 0,69. Consta de 4 ítems con respuesta tipo Likert de cinco

opciones y rango de valores de 4 a 20, a mayor valor, mayor resiliencia. Anexo 6.f.

- Rasgo del meta conocimiento de los estados emocionales o inteligencia emocional, valorada mediante la escala *Trait Meta Mood Scale* reducida (TMMS12) (Salovey, Mayer, Lee-Goodman, Turvey, & Palfai, 1995), validada al español por Salguero et al (Salguero, Fernandez-Berrocal, Ruiz-Aranda, & Cabello, 2007), con una fiabilidad  $> 0,70$ . Consta de 12 ítems con las respuestas de tipo Likert con cinco opciones de respuesta y rango de valores de 12 a 60 (a mayor valor, mayor inteligencia emocional). Anexo 6.g.
- Variable comprensión de la tarea PRISM. Según el método detallado en el apartado 6.3.3.2.2 de Método (Análisis cualitativo de su comprensión), a los pacientes incluidos se les ha distribuido en dos grupos:
  - los que comprendieron la tarea PRISM (Comprenden)
  - los que, o bien no comprendieron la tarea PRISM o bien no la completaron, es decir, no llegaron a posicionar el disco rojo en el tablero (No Comprenden).

*El Cuaderno de Opinión del Paciente (Anexo 2):*

El cuaderno de opinión consiste en unas preguntas con respuesta tipo Likert de 3 opciones, la selección o compleción de sentencias presentadas al paciente y un espacio libre para expresar cualquier otra opinión.

El rango de puntuación de las respuestas tipo Likert y su puntuación global va de 0 a 2 puntos, de mejor a peor valoración. Se consideraba mejor valoración: bajo esfuerzo, buena comprensión, no percepción del tiempo como largo, etc.

Las sentencias cerradas sobre las sensaciones acerca del estudio eran doce, siete con sensaciones negativas y cinco positivas, recogándose las frecuencias de su elección.

Por último, se han recogido el recuerdo sobre la tarea PRISM, la percepción del paciente acerca de la actitud del investigador y los comentarios libres, cuando existían.

### 6.3.3. Análisis de datos

Durante la realización del trabajo de campo se fue analizando constantemente el proceso del estudio, ponderando su viabilidad y la vulnerabilidad de la población estudiada. Dicho análisis lo ha realizado el equipo investigador, también recabando y considerando la opinión de otros profesionales expertos del ámbito de la geriatría, de la atención centrada en el paciente, de bioética, de psicología clínica y de investigación clínica, así como de grupos interdisciplinarios como el Grupo de Trabajo *ad hoc* de Atención del Enfermo al Final de la Vida de la CSPT.

El análisis de los datos obtenidos se ha realizado:

#### 6.3.3.1. Análisis de los datos cuantitativos

Se obtuvieron los estadísticos descriptivos.

Para las diferentes comparaciones de los grupos de pacientes se realizó inicialmente un análisis bivariante entre las variables pronóstico (p. ej.: edad, síndrome confusional agudo) y las variables de resultado (p. ej.: sufrimiento, malestar emocional), utilizando la prueba de la *t* de Student o prueba ANOVA para comparación de medias (o su equivalente no paramétrico: prueba *U* de Mann-Whitney o prueba de Kruskal-Wallis) y la prueba de *Chi* cuadrado o la prueba "lineal por lineal" para comparación de proporciones.

Para el estudio de las asociaciones entre variables cuantitativas se ha usado la correlación lineal, mostrándose en las tablas: el coeficiente de correlación lineal de Pearson ( $r$ ), coeficiente ( $B$ ) y  $p$ -valor.

Para el análisis multivariante se ha realizado una regresión lineal siguiendo el método de eliminación por pasos hacia atrás, incluyendo en el modelo inicial aquellas variables que en el análisis bivariante fueron significativas a un nivel de  $p < 0,2$  o de especial relevancia clínica.

Para el análisis multivariante de respuestas dicotómicas se utilizó la regresión logística aplicando el mismo método (eliminación por pasos hacia atrás).

En todas las pruebas estadísticas se ha considerado significativo un valor de  $p < 0,05$ .

Los datos se analizaron utilizando el paquete estadístico SPSS para Windows (IBM Corp. Released 2012. IBM SPSS *Statistics for Windows*, Version 21.0. Armonk, NY: IBM Corp.).

#### 6.3.3.2. Análisis de los datos cualitativos

##### 6.3.3.2.1. *Análisis cualitativo de las entrevistas de sufrimiento*

El análisis cualitativo de las audiograbaciones obtenidas durante las entrevistas de sufrimiento fue realizado por un experto en el tema. El objetivo era obtener datos complementarios acerca de la aceptabilidad del estudio y la naturaleza del sufrimiento expresado en el seno de dichas entrevistas.

Es importante señalar que el componente cualitativo de este estudio no responde a un diseño ad-hoc orientado a una

exploración en profundidad de los aspectos señalados anteriormente, puesto que no se emplearon estrategias de muestreo ni técnicas de recogida de datos específicas o anidadas a modo de subestudio cualitativo, sino que dicho componente cualitativo se concibió cómo un nivel de análisis adicional al propio proceso de administración de los instrumentos con el fin de obtener datos complementarios en relación a la aceptabilidad del estudio y a la naturaleza del sufrimiento expresado en el seno de entrevistas.

En cuanto al análisis de datos, se siguieron los principios del análisis temático (Braun & Clarke, 2006) que se desarrolló en cuatro etapas:

1. En primer lugar se realizó la transcripción de las audiograbaciones de las entrevistas.
2. Después de una primera lectura analítica de los datos se identificaron los principales temas presentes en los mismos, que seguidamente fueron descritos en un documento para la posterior reflexión y establecimiento de la estrategia de codificación.
3. A continuación, se procedió a una segunda lectura analítica de los datos, codificando los mismos de acuerdo con los criterios establecidos en la fase anterior e incorporando nuevas categorías analíticas que emergieron en el transcurso de esta etapa.
4. Finalmente, se revisó y refinó el sistema de codificación resultante a la luz de los resultados preliminares y se establecieron los resultados finales del análisis cualitativo.

#### *6.3.3.2.2. Análisis de la comprensión de la tarea PRISM*

Para discernir la comprensión de la tarea PRISM participaron dos profesionales observadores ajenos a la investigación: un médico con nivel de carrera profesional máster y con reputada experiencia docente e investigadora en comunicación clínica y un profesional no sanitario con formación como observador experto por la Universidad de Complutense de Madrid.

Su decisión se basó en la revisión y análisis de las siguientes fuentes de datos:

- cada uno de los resultados de la tarea PRISM (esto es, la distancia SIS resultante) para cada paciente,
- cuando estaba recogida, la respuesta del paciente a la pregunta: ¿qué hubiese querido decir para Vd. el colocar el círculo rojo aquí?, siendo "aquí" las dos posiciones extremas del disco rojo en el tablero (0 y 27 centímetros).
- la percepción del entrevistador recogida en el cuaderno de campo en cuanto a dicha comprensión, a la que se dio especial relevancia.
- el análisis de los fragmentos de las transcripciones de las entrevistas cuando se consideró oportuno.

Ambos profesionales revisaron de forma independiente la información, pusieron en común sus opiniones y llegaron a un consenso final. No hubo divergencias de opinión significativas en ninguno de los casos.

## 7. Resultados

### 7.1. Versión adaptada de las instrucciones de la tarea PRISM a la población a estudio

La versión definitiva consensuada tras el proceso de adaptación lingüística de las instrucciones resultó ser la siguiente:

- Me gustaría comprender mejor cómo haberse roto el fémur está afectando su vida en este momento.
- Para eso le pido que imagine lo siguiente.
- El tablero blanco representa su vida.
- Este disco amarillo es usted.
- El disco rojo es haberse roto el fémur.
- ¿Dónde colocaría el disco rojo, haberse roto el fémur, para mostrar la importancia que tiene en su vida en este momento?
- (Cuanto más cerca, más le afecta o más importante es.)

Se puede consultar a continuación de la versión original en lengua inglesa en el Anexo 3.

La versión adaptada no difiere en gran medida de la versión original en lengua inglesa. La principal modificación consiste en la supresión del ejemplo tras comprobar que, en la población a estudio, no sólo no ayudaba a comprender mejor en qué consistía la tarea sino que era, principalmente, motivo de distracción. De esta forma, si se consideraba conveniente ampliar la explicación de las instrucciones, el

ejemplo fue sustituido por una frase aclaratoria: "Cuanto más cerca, más le afecta o más importante es".

## 7.2. Población total incluida en el estudio

Durante el desarrollo de la investigación fueron admitidos en el estudio un total de noventa y un pacientes ingresados en ambos centros hospitalarios: la Corporació Sanitària Parc Tauli - Parc Taulí Sabadell Hospital Universitari (CSPT) de Sabadell y el Hospital Universitari Germans Trias i Pujol (HUGTP) de Badalona. De ellos, cuarenta y ocho pacientes terminaron siendo incluidos.

Ochenta de esos 91 admitidos se extrajeron del total de 157 pacientes de más de 64 años que ingresaron de forma consecutiva en la CSPT por fractura de cadera en los periodos 2013 y 2014 y que fueron tomados en cuenta para el estudio; 34 de ellos fueron finalmente incluidos. El método de inclusión del resto de los pacientes, hasta el total de 48, ha sido por conveniencia.

## 7.3. Diagrama de flujo de inclusión de pacientes en el estudio y población total incluida

El diagrama de flujo de inclusión de pacientes de la CSPT en los periodos 2013 y 2014 (figura 19) nos permite ver las dificultades y tasa de inclusión sobre el total de población estudiada.

Un total de 157 pacientes de más de 64 años ingresaron de forma consecutiva en la CSPT por fractura de cadera en esos periodos.

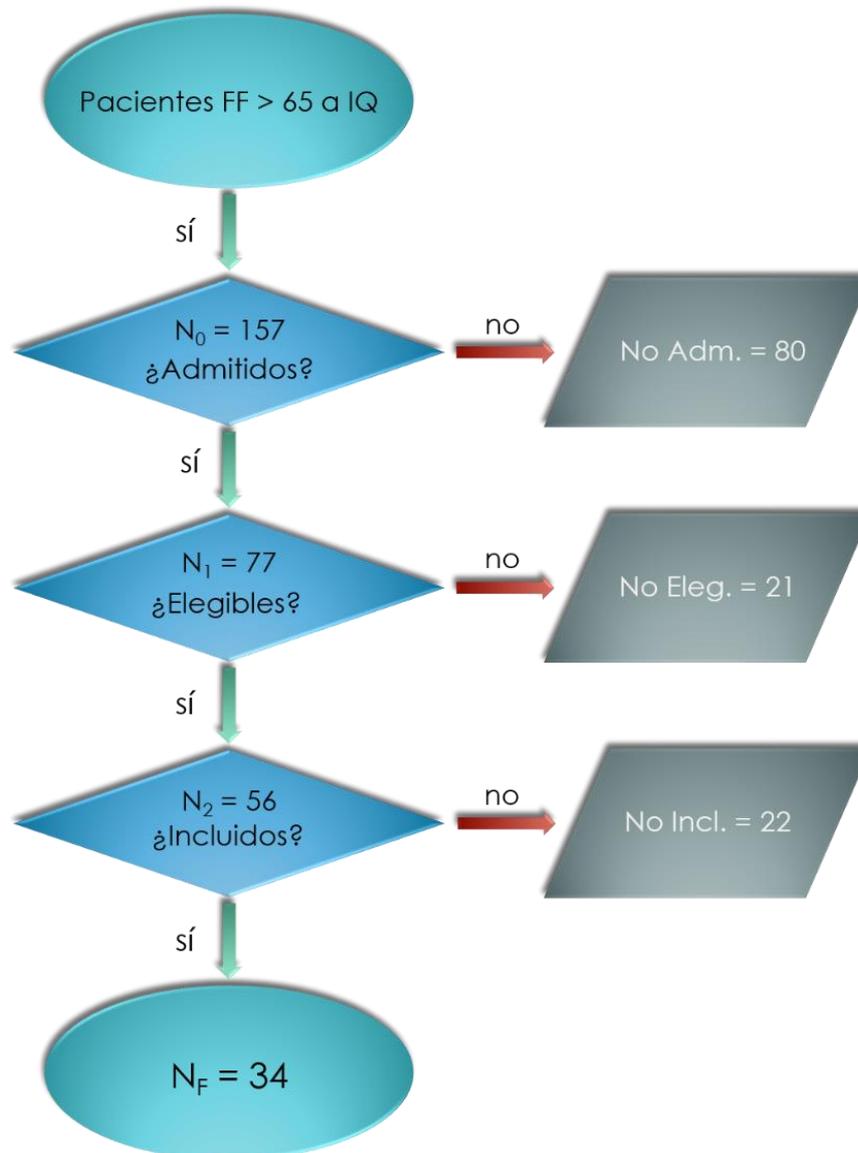
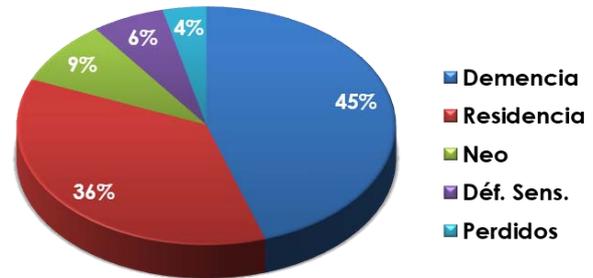


Figura 19. Diagrama de flujo de inclusión de pacientes CSPT periodos 2013 y 2014

### 7.3.1. Pacientes no admitidos

Del total de 157 pacientes ancianos con fractura de cadera intervenida, 80 pacientes (50,9% del total de ingresados) no fueron admitidos en el estudio.

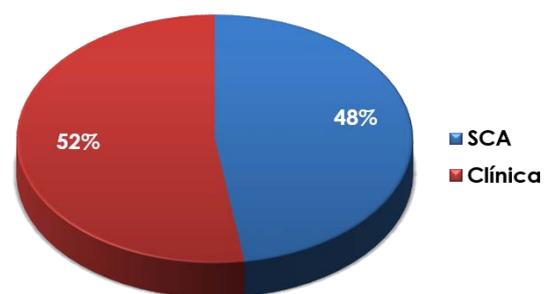


De ellos, 77 pacientes fueron excluidos por los siguientes motivos:

presentar diagnóstico de demencia avanzada (n=36), institucionalización previa (n=29), diagnóstico de neoplasia activa (n=7), y por barrera sensorial o idiomática infranqueable (n=5). Los 3 pacientes restantes fueron dados de alta antes de cualquier valoración.

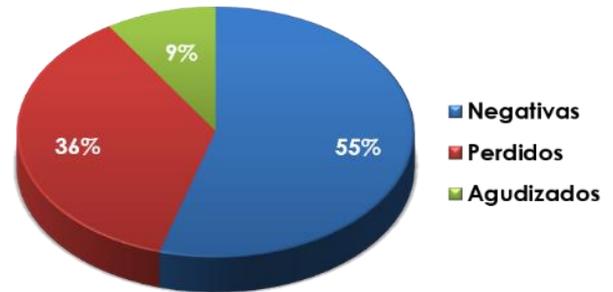
### 7.3.2. Pacientes admitidos no elegibles

De los 77 pacientes admitidos para el estudio, 21 pacientes no se consideraron elegibles para la entrevista de sufrimiento por presentar delirium en el momento de la valoración (n=10) o por su estado clínico (n=11).



### 7.3.3. Pacientes elegibles no incluidos

Los pacientes que no fueron incluidos (Elegibles No Incluidos) fueron un total de 22. Los motivos fueron los siguientes: rechazaron participar en dicha entrevista (n=12), alta hospitalaria antes de proponerles su participación (n=8) y por empeoramiento del estado de salud (n=2).



### 7.3.4. Pacientes incluidos

En los periodos 2013 y 2014 y en la CSPT, un total de treinta y cuatro pacientes fueron incluidos (44,1% de los admitidos y 21,7% del total).

A continuación se puede ver un resumen gráfico de la inclusión de pacientes en el estudio:



Figura 20. Admitidos en el estudio

#### 7.4. Estadísticos descriptivos de los datos sociodemográficos, administrativos y de la valoración geriátrica integral de los pacientes admitidos

El detalle de los datos se muestra en las tablas 2-4, describiéndose a continuación sólo la información más relevante de los resultados.

El número total de pacientes admitidos en el estudio fue de 91 sujetos con una edad media de 83,1 años ( $DE \pm 6,43$ ; rango 65-99 años) y el 78% eran mujeres.

El tiempo medio desde la intervención quirúrgica hasta el momento de decidir su admisión en el estudio fue de 8 días ( $DE \pm 9,30$ ).

Fueron intervenidos quirúrgicamente de la fractura de cadera a los 2,2 días ( $DE \pm 1,69$ ; rango 0-10) desde su ingreso en Urgencias. Sólo se prescribió descarga de la extremidad afecta en aproximadamente el 5% de los casos. Dos terceras partes de los pacientes fueron derivados a la Unidad de Convalecencia tras el alta de Agudos.

La media del índice de Charlson fue de 1,43 ( $DE \pm 1,67$ ) con una media de 4,2 enfermedades crónicas por paciente ( $DE \pm 2,15$ ) y prescripción de 6,8 medicamentos al día ( $DE \pm 3,50$ ).

La media del Índice de Lawton resultó ser de 4,1 ( $DE \pm 3,00$ ) y la del Índice de Barthel previo al ingreso de 87,3 ( $DE \pm 17,88$ ).

La media del Test de Pfeiffer fue de 1,6 errores ( $DE \pm 2,52$ ).

De media presentaban 3,9 ( $DE \pm 2,40$ ) síndromes geriátricos previos al ingreso.

Las enfermedades crónicas y los síndromes geriátricos previos con una prevalencia  $<6\%$  no se considerarán en adelante para los resultados.

Tabla 2. Datos administrativos, sociodemográficos y de la valoración geriátrica integral para el total de pacientes Admitidos

Total de pacientes admitidos n=91		
Concepto	Valores fijos	Resultados
Edad (media±DE)		83,1±6,43
Sexo (% Mujer)		71 (78,0%)
Convivencia n (%)	Solo	28 (31,1%)
	Cónyuge	35 (38,9%)
	Otra familia	23 (25,6%)
Barreras arquitectónicas n (%)	Ninguna	46 (51,1%)
	Exteriores	19 (21,1%)
	Interiores	14 (15,6%)
	Ambas	11 (12,2%)
Índice Charlson (media±DE)		1,43±1,67
Nº enfermedades crónicas (media±DE)		4,2±2,15
Más de 5 enfermedades crónicas n (%)		20 (22,2%)
Nº fármacos prescritos previos (media±DE)		6,8±3,50
Más de 4 fármacos previos n (%)		23 (73,9%)
Más de 5 fármacos previos n (%)		53 (50%)
Índice Lawton (media±DE)		4,1±3,00
Índice Barthel previo (media±DE)		87,3±17,88
Ámbito de marcha n (%)	Exteriores solo	56 (62,2%)
	Exteriores acompañado	14 (15,5%)
	Interiores	20 (22,2%)
Ayuda para deambulación n (%)	Ninguna	39 (43,3%)
	BP o muleta	33 (36,7%)
	Caminador	11 (12,2%)
	Guía	7 (7,8%)
Nº síndromes geriátricos previos (media±DE)		3,9±2,40
Más de 3 síndromes geriátricos previos n (%)		54 (60,7%)
Test Pfeiffer (media±DE)		1,6±2,52
Tiempo demora QX, en días (media±DE)		2,2±1,69
Prescripción de descarga de la extremidad n (%)		5 (5,5%)
Derivación a Unidad de Convalecencia n (%)		68 (74,7%)
Tiempo decisión admisión, en días (media±DE)		8,0±9,30

Tabla 3. Prevalencia de enfermedades crónicas previas para el total de pacientes Admitidos.  
\* En negrita, enfermedades crónicas con prevalencia >6%

Enfermedad crónica*	Resultados n (%)
<b>HTA</b>	72 (79,1%)
<b>DM</b>	29 (31,9%)
<b>EPOC</b>	13 (14,3%)
<b>I<sup>o</sup>CC</b>	12 (13,2%)
<b>Cardiopatía isquémica</b>	15 (16,5%)
<b>ACxFA</b>	12 (13,2%)
<b>Enfermedad de Parkinson</b>	2 (2,2%)
<b>AVC</b>	16 (17,6%)
<b>Insuficiencia renal crónica</b>	15 (16,5%)
Cirrosis hepática	1 (1,1%)
<b>Osteoporosis</b>	44 (48,4%)
<b>Artrosis</b>	40 (44%)
<b>Úlcus péptico</b>	10 (11%)
Obesidad	4 (4,4%)
Demencia	2 (2,2%)
Enfermedad sistémica reumatológica	2 (2,2%)
<b>Arteriopatía periférica</b>	4 (4,4%)
<b>Hipertrofia benigna de próstata (%varones)</b>	8 (40%)
<b>Fractura ósea previa</b>	24 (26,4%)
<b>Enfermedad psiquiátrica</b>	16 (17,6%)
Neoplasia	5 (5,5%)
<b>Enfermedad tiroidea</b>	13 (14,3%)

Tabla 4. Prevalencia de síndromes geriátricos previos para el total de pacientes Admitidos.  
\* En negrita, enfermedades crónicas con prevalencia >6%

<b>Síndrome geriátrico</b>	<b>Resultados n (%)</b>
Alteración de la marcha	13 (14,3%)
Mala agudeza visual	44 (48,4%)
Hipoacusia	24 (26,4%)
Dolor crónico	41 (45,1%)
Insomnio	39 (42,9%)
Depresión	25 (27,5%)
Delirium previo	4 (4,4%)
Pérdida de peso	2 (2,2%)
Incontinencia urinaria	19 (20,9%)
Incontinencia fecal	4 (4,4%)
Constipación	40 (44%)
Polifarmacia	46 (50,5%)
Síndrome de inmovilidad	1 (1,1%)
Úlceras por presión	1 (1,1%)
Disfagia	3 (3,3%)
Caídas previas	44 (48,4%)
Sobrecarga del cuidador	1 (1,1%)

## 7.5. Estadística descriptiva y comparativa de los pacientes Incluidos, No Elegibles y Elegibles No Incluidos.

El número total de pacientes incluidos en el estudio fue de 48 pacientes, veintiún pacientes se consideraron No Elegibles y veintidós Elegibles No Incluidos.

Los resultados están en las tablas 5-7 y en la gráfica 10.

A continuación se describen los datos más representativos de los pacientes incluidos y posteriormente las diferencias encontradas entre los 3 grupos.

### 7.5.1. Datos sociodemográficos y administrativos

En el grupo de pacientes incluidos la edad media resultó ser de 81,9 años ( $DE \pm 7,03$ ; rango 66-92 años) y el 75% eran mujeres.

Casi el 80% era analfabeto o no tenía estudios y el 7,5% tenía estudios superiores.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas para ninguno de los datos administrativos o sociodemográficos entre el grupo incluidos y los grupos No Elegible y Elegibles No Incluidos.

El tiempo más prolongado de decisión de admisión en el grupo incluidos respecto al resto (12,0 vs 3,5 días) viene determinado porque la fecha de inclusión en los primeros es la fecha de firma de consentimiento informado.

Tabla 5. Resultados de las variables sociodemográficas y comparativa entre los grupos Incluidos, No Elegibles y Elegibles No Incluidos.

	INCLUIDOS n= 48	No Elegibles n= 21	p (*)	Elegibles no incluidos n= 22	p (**)
Edad (media±DE)	81,9±7,03	84,6±5,6	0,103	84,2±5,5	0,161
Sexo (% Mujer)	75,0%	76,2%	0,916	86,4%	0,282
Nivel de estudios n (%) ***					
Analfabeto	3 (7,5%)	1 (20,0%)		3 (18,8%)	
Sin estudios	28 (70,0%)	3 (60,0%)		10 (62,5%)	
Primarios completos	4 (10,0%)	1 (20,0%)		3 (18,8%)	
Secundarios	2 (5,0%)	0		0	
Diplomados	3 (7,5%)	0		0	
Convivencia: n (%)			0,740		0,288
Solo	11 (22,9%)	7 (35%)		10 (45,5%)	
Cónyuge	22 (45,8%)	6 (30%)		7 (31,8%)	
Otra familia	13 (27,1%)	6 (30%)		4 (18,2%)	
Barreras arquitectónicas n (%)			0,765		0,274
• Ninguna	24 (50,0%)	7 (35,0%)		15 (68,2%)	
• Exteriores	11 (22,9%)	7 (35,0%)		1 (4,5%)	
• Interiores	6 (12,5%)	5 (25,0%)		3 (13,6%)	
• Ambas	7 (14,6%)	1 (5,0%)		3 (13,6%)	

p (\*): p correspondiente a comparación entre grupo Incluidos y grupo No Elegibles

p (\*\*): p correspondiente a comparación entre grupo Incluidos y grupo Elegibles No Incluidos

### 7.5.2. Datos de la valoración geriátrica integral

En el grupo Incluidos la media del índice de Charlson fue de 1,3 (DE±1,56), siendo indicativo de ausencia de comorbilidad (Charlson entre 0 y 1) en el 70,8% de los pacientes.

Estaban diagnosticados de 4,0 (DE±2,33) enfermedades crónicas por paciente con una prescripción media de 6,6 fármacos al día (DE±3,63).

La prevalencia de las enfermedades crónicas se puede consultar en la siguiente gráfica:

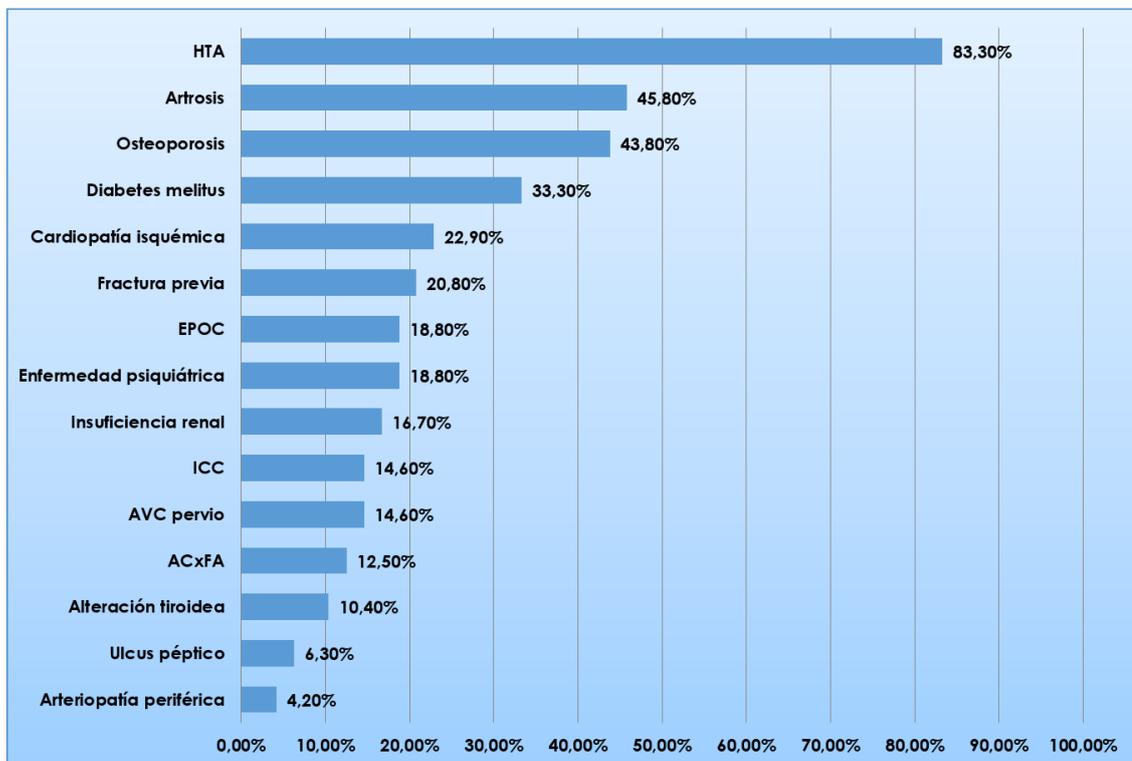


Figura 21. Prevalencia de enfermedades crónicas entre los pacientes Incluidos

La media del índice de Lawton fue de 4,9 (DE±2,9) y del Índice de Barthel previo al ingreso de 90,8 (DE±14,9). El 34% y el 95,8% de los pacientes resultaron ser previamente autónomos para las actividades instrumentales y básicas de la vida diaria, respectivamente. En el momento de la valoración presentaban una media de Índice de Barthel de 28,6 (DE±12,6).

La inmensa mayoría de pacientes deambulaba por exteriores sin necesidad de ser acompañado (70,8%) y sólo un 12,5% lo podía hacer únicamente por interiores. La mitad de ellos no precisaba de ninguna ayuda técnica para la marcha y sólo un 4,2% precisaba de ayuda de una persona para caminar.

La media del Test de Pfeiffer fue de 0,6 errores (DE±1,05), considerándose un estado cognitivo normal (Pfeiffer igual o inferior a 2) para el 89,6% de los pacientes y de deterioro leve (inferior a 8) para el resto.

De media presentaban 3,7 (DE±2,35) síndromes geriátricos previos al ingreso. Los síndromes geriátricos más prevalentes fueron: mala agudeza visual (56%), caídas previas (50%) e insomnio y polifarmacia (ambas 43,8%). El 4,2% había presentado delirium previo en alguna ocasión. El 54,2% de los pacientes presentaban más de 3 síndromes geriátricos previos al ingreso.

Al comparar las variables geriátricas entre los distintos grupos, sí se encontraron las siguientes diferencias:

El grupo No Elegibles respecto al grupo Incluidos tenía un ámbito de marcha más restringido (marcha por exteriores sin acompañante 45% vs 70,8% y exclusivamente por interiores 45% vs 12,5%), peor resultado de Índice de Charlson (2,3 vs 1,3), de Lawton (2,1 vs 4,9), de Barthel previo (73,5 vs 90,8) y Barthel a la valoración de UFISS (18,7 vs 28,6), mayor número de síndromes geriátricos (5,1 vs 3,7), mayor prevalencia de alteración previa de la marcha (33,3% vs 12,5%), mayor porcentaje de pacientes con más de tres síndromes geriátricos (75% vs 54,2%) y peor resultado para el Test de Pfeiffer (4,5 vs 0,6).

El grupo Elegibles No Incluidos respecto al grupo Incluidos presentaba peor resultado del Test de Pfeiffer (1,1 vs 0,6).

El detalle de los estadísticos descriptivos para las variables de la valoración geriátrica integral y los síndromes geriátricos previos, así como de la comparativa entre los grupos, se puede apreciar en detalle en las tablas.

Tabla 6. Resultados de las variables de la valoración geriátrica integral y comparativa entre los grupos Incluidos, No Elegibles y Elegibles No Incluidos.

Variables VGI	INCLUIDOS n=48	No Elegibles n=21	p (*)	Elegibles no incluidos n=22	p (**)
Ámbito de marcha n (%)			<b>0,008</b>		0,513
• Exteriores solo	34 (70,8%)	9 (45,0%)		13 (59,1%)	
• Exteriores acompañado	8 (16,7%)	2 (10,0%)		4 (18,2%)	
• Interiores	6 (12,5%)	9 (45,0%)		5 (22,7%)	
Ayuda técnica n (%)			0,058		0,527
• Ninguna	24 (50,0%)	4 (20,0%)		11 (50,0%)	
• Bastón	16 (33,3%)	11 (55,0%)		6 (27,3%)	
• Caminador	6 (12,5%)	3 (15,0%)		2 (9,1%)	
• Otra persona	2 (4,2%)	2 (10,0%)		3 (13,6%)	
Índice Charlson (media±DE)	1,3±1,56	2,3±2,01	<b>0,027</b>	0,7±1,07	0,060
Índice Lawton (media±DE)	4,9±2,9	2,1±2,68	<b>0,001</b>	4,5±2,98	0,623
Índice Barthel Previo (media±DE)	90,8±14,9	73,5±24,2	<b>0,003</b>	92,3±9,3	0,946
Test de Pfeiffer (media±DE)	0,6±1,05	4,5±3,66	<b>&lt;0,001</b>	1,1±1,24	<b>0,035</b>
Índice Barthel UFISS (media±DE)	28,6±12,6	18,7±17,6	<b>0,009</b>	36,0±17,3	0,269
% Pérdida funcional UFISS*	68,9±11,5	76,0±21,9	<b>0,032</b>	61,5±16,9	0,216
Nº enfermedades crónicas (media±DE)	4,0±2,33	5,0±1,99	0,063	3,6±1,6	
Presencia de más de 5 enfermedades crónicas (%)	8 (16,7%)	8 (38,1%)	0,052	5 (22,7%)	
Nº fármacos previos a ingreso (media±DE)	6,6±3,63	7,3±3,08	0,378	6,7±3,6	
Toma de más de 5 fármacos al día (%)	26 (55,3%)	14 (70%)	0,262	14 (63,6%)	
Nº síndromes geriátricos previos (media±DE)	3,7±2,34	5,1±2,62	<b>0,047</b>	3,4±1,9	
Presencia de más de 3 síndromes geriátricos previos al ingreso (%)	26 (54,2%)	15 (75%)	<b>0,010</b>	13 (59,1%)	

p (\*): p correspondiente a comparación entre grupo Incluidos y grupo No Elegibles

p (\*\*): p correspondiente a comparación entre grupo Incluidos y grupo Elegibles No Incluidos

Tabla 7. Prevalencia de síndromes geriátricos previos. Comparativa entre grupos Incluidos, No Elegibles y Elegibles No Incluidos.

Síndromes geriátricos n (%)	INCLUIDOS n=48	No Elegibles n=21	p (*)	Elegibles no incluidos n=22	p (**)
Alteración de la marcha	6 (12,5%)	7 (33,3%)	<b>0,042</b>	0	0,083
Mala agudeza visual	27 (56,3%)	10 (47,6%)	0,500	7 (31,8%)	0,058
Hipoacusia	11 (22,9%)	7 (33,3%)	0,365	7 (31,8%)	0,429
Dolor crónico	20 (41,7%)	11 (52,4%)	0,410	10 (45,5%)	0,766
Insomnio	21 (43,8%)	9 (42,9%)	0,945	9 (40,9%)	0,824
Depresión	11 (22,9%)	8 (38,1%)	0,194	6 (27,3%)	0,693
Delirium previo	2 (4,2%)	2 (9,5%)	0,381	0	0,331
Incontinencia urinaria	11 (22,9%)	6 (28,6%)	0,616	2 (9,1%)	0,167
Incontinencia fecal	4 (8,3%)	0	0,173	0	0,163
Constipación	20 (41,7%)	9 (42,9%)	0,927	11 (50%)	0,515
Polifarmacia	21 (43,8%)	13 (61,9%)	0,165	12 (54,5%)	0,401
Caídas previas	24 (50%)	10 (47,6%)	0,856	10 (45,5%)	0,724

p (\*): p correspondiente a comparación entre grupos Incluidos y grupo No Elegibles

p (\*\*): p correspondiente a comparación entre grupos Incluidos y grupo Elegibles No Incluidos

## 7.6. Subgrupo de pacientes que rechazaron participar en el estudio (Negativas)

En el grupo Elegibles No Incluidos merece una especial atención el análisis específico de los pacientes que se negaron a participar en el estudio. Este subgrupo lo constituyen 12 pacientes y los comparamos específicamente con los incluidos.

### 7.6.1. Estadística descriptiva y comparativa de las variables sociodemográficas y de la valoración geriátrica integral entre los pacientes Incluidos y el subgrupo Negativas.

Los pacientes Negativa respecto a los pacientes incluidos, tenían una edad media significativamente superior (86,3 años vs 81,9), peor resultado del Test de Pfeiffer (1,5 errores vs 0,5) y mayor prevalencia de delirium (SCA) periquirúrgico (33,3% vs 5,6%). No se encontraron diferencias en ninguna otra variable.

Tabla 8. Resultados de las variables sociodemográficas. Comparación entre grupos Incluidos y Negativa a participar.

Variables	Valores fijos	INCLUIDOS n= 48	Negativa a participar n= 12	p
Edad (media±DE)		81,9±7,03	86,3±4,05	<b>0,009</b>
Sexo (% Mujer)		75,0%	83,3%	0,542
Nivel de estudios* n (%)	Analfabeto	3 (7,5%)	3 (33,3%)	
	Sin estudios	28 (70,0%)	4 (44,4%)	
	Primarios completos	4 (10,0%)	2 (22,2%)	
	Secundarios	2 (5,0%)	0	
	Diplomados	3 (7,5%)	0	
Convivencia n (%)				0,436
	Solo	11 (22,9%)	5 (41,7%)	
	Cónyuge	22 (45,8%)	3 (25,0%)	
	Otra familia	13 (27,1%)	4 (33,3%)	
Barreras arquitectónicas n (%)				1,000
	Ninguna	24 (50,0%)	8 (66,7%)	
	Exteriores	11 (22,9%)	0	
	Interiores	6 (12,5%)	1 (8,3%)	
	Ambas	7 (14,6%)	3 (25,0%)	

\* Debido a la falta de efectivos en las celdas de Nivel de Estudios, no es adecuado realizar el contraste estadístico.

Tabla 9. Resultados de las variables de la VGI. Comparación entre grupos Incluido y Negativa a participar.

Variables VGI	Valores fijos	INCLUIDOS n=48	Negativa a participar n=12	p
Ámbito de marcha n (%)				0,285
	Exteriores solo	34 (70,8%)	6 (50,0%)	
	Exteriores acompañado	8 (16,7%)	4 (33,3%)	
	Interiores	6 (12,5%)	2 (16,7%)	
Ayuda técnica n (%)				0,077
	Ninguna	24 (50,0%)	4 (33,3%)	
	Bastón	16 (33,3%)	4 (33,3%)	
	Caminador	6 (12,5%)	1 (8,3%)	
	Otra persona	2 (4,2%)	3 (25,0%)	
Índice Charlson (media±DE)		1,35±1,56	0,67±0,985	0,121
Índice Lawton (media±DE)		4,9±2,9	3,2±2,98	0,100
Índice Barthel Previo (media±DE)		90,8±14,9	90,42±9,87	0,503
Test de Pfeiffer (media±DE)		0,5±1,05	1,5±1,24	<b>0,004</b>
Presencia de delirium actual n (%)		2 (5,6%)	4 (33,3%)	<b>0,012</b>
Índice Barthel UFISS (media±DE)		28,6±12,6	25,0± 10,0	0,297
% Pérdida funcional UFISS*		68,9±11,5	72,47±10,58	0,282
Nº enfermedades crónicas (media±DE)		4,0±2,33	3,7±1,66	0,673
Presencia de más de 5 enfermedades crónicas (%)		8 (16,7%)	6 (50%)	
Nº fármacos previos a ingreso (media±DE)		6,6±3,63	5,9±3,03	0,527
Toma de 5 o más fármacos al día (%)		.. (70,2%)	...	
Nº síndromes geriátricos previos (media±DE)		3,7±2,34	4,1±1,44	0,540
Presencia de más de 3 síndromes geriátricos previos al ingreso (%)		..(54,2%)	...	

Tabla 10. Prevalencia de síndromes geriátricos previos al ingreso. Comparativa entre grupos Incluido y Negativa a participar.

Síndromes geriátricos n (%)	INCLUIDOS n=48	Negativa a participar n=12	p
Alteración de la marcha	6 (12,5%)	0	0,197
Mala agudeza visual	27 (56,3%)	4 (33,3%)	0,155
Hipoacusia	11 (22,9%)	5 (41,7%)	0,189
Dolor crónico	20 (41,7%)	6 (50%)	0,602
Insomnio	21 (43,8%)	6 (50%)	0,697
Depresión	11 (22,9%)	2 (16,7%)	0,638
Delirium previo	2 (4,2%)	0	0,472
Incontinencia urinaria	11 (22,9%)	1 (8,3%)	0,259
Incontinencia fecal	4 (8,3%)	0	0,301
Constipación	20 (41,7%)	6 (12%)	0,602
Polifarmacia	21 (43,8%)	5 (41,7%)	0,896
Caídas previas	24 (50%)	7 (58,3%)	0,605

### 7.6.2. Transcripción de las razones de rechazo aducidas por los pacientes

Dos de los pacientes revocaron su consentimiento tras haberlo firmado previamente (números de registro y de PRISM 16 y 19).

En la tabla 11 se muestran la edad y sexo de los pacientes del grupo Negativas, los motivos que alegaron para su no participación (texto resaltado cuando son literales) y las anotaciones e impresión clínica del investigador sobre la existencia de sufrimiento.

Tabla 11. Motivos alegados por los pacientes al rechazar su participación en el estudio

Nº	Sexo	Edad	Comentarios literales de los pacientes	Anotaciones del investigador	Impresión existencia de SUFRIMIENTO
124	Mujer	85		Sensación de no poder hacerlo, aspecto de pasarlo mal, miedo y desconfianza. Lenguaje no verbal. Test de Pfeiffer: 0. No SCA.	Sí
133	Mujer	84	“MI MADRE, NO SE VA A PRESTAR A ESTO” Hijo de paciente “YO... ¡ES QUE ESTOY MALA!” Paciente	Pfeiffer: 1. SCA.	Sí
132	Mujer	88	“NO ESTOY DE HUMOR, ESTO ES DIFERENTE... SON MÁS AÑOS.”	Pfeiffer: 2. No SCA.	Sí
131	Hombre	81			No
130	Mujer	79		Dolor, desanimada, aspecto de estar pasándolo mal. Fractura de húmero concomitante. Pfeiffer: 1. Varios intentos. No SCA.	Sí
129	Mujer	84	“JO, EM TROBO MASSA MALAMENT I... TRISTA; EM SENTO INÚTIL.” <sup>2</sup>	Aspecto desconfiado. Pfeiffer: 1. No SCA	Sí

<sup>2</sup> “Yo, me encuentro demasiado mal y...triste; me siento inútil”

Tabla 11 Cont. Motivos alegados por los pacientes al rechazar su participación en el estudio

Nº	Sexo	Edad	Comentarios literales de los pacientes	Anotaciones del investigador	Impresión de existencia de SUFRIMIENTO
128	Mujer	89	"EM NOTO EL CAP EMBOTIT... TINC POR DE EMPITJORAR L'EMBOLIC DEL CAP". <sup>3</sup>	Pfeiffer: 4. SCA del 17 al 22/7.	Sí
127	Mujer	91	"QUAN S'ESTA PASSANT TAN MALAMENT, A LA MEVA EDAT, NO ESTÀS PER A TONTERIES..." <sup>4</sup>	Pfeiffer: 2. SCA postQX.	Sí
125	Mujer	91	"YO NO SÉ... DE PREGUNTAS..."	Aspecto de estar agobiada. Pfeiffer 3. SCA periQX	Sí
16	Mujer	84	"TENGO PROBLEMAS CON MI HIJO... ¡NO QUIERO MÁS DOLORES CABEZA!"	Agobiada en valoración por UFISS. Pfeiffer: 2. Firma consentimiento el día 1/7 y negativa final el 14/7.	Sí
19	Mujer	90	"YO NO SÉ, DE ESTO..."	Pfeiffer: 2. Firma el consentimiento el día 11/7 y negativa definitiva el 17/7.	Sí
126	Hombre	90	"NO ME INTERESA, YO NO SÉ... DE ESTAS COSAS..."	Pfeiffer: 0.	No

SCA: Síndrome confusional agudo periquirúrgico

<sup>3</sup> “Me noto la cabeza espesa...tengo miedo de empeorar el lío de la cabeza”

<sup>4</sup> “Cuando se está pasando tan mal, a mi edad, uno no está para tonterías”

### 7.7. Análisis de la mortalidad en todos los pacientes.

Entre los pacientes incluidos, no ha habido ningún éxitus en el momento de la revisión.

Del total de pacientes ancianos ingresados e intervenidos por fractura de cadera, incluyendo también los pacientes No Admitidos (n=171), se han obtenido los siguientes resultados en cuanto a la tasa de mortalidad:

- Mortalidad intrahospitalaria: 6 pacientes (3,5% del total) fallecieron como consecuencia de complicaciones en el periodo postquirúrgico durante el ingreso hospitalario por fractura de cadera. De ellos, ningún paciente había sido considerado Elegible y por tanto, ningún paciente formaba parte del grupo Incluidos. Los motivos para no incluir a estos pacientes fueron los siguientes: demencia avanzada (n=4), institucionalización (n=1) y delirium en el momento de la valoración (n=1).
- Mortalidad precoz (antes de los 6 meses posteriores al alta hospitalaria por fractura de cadera): Cinco pacientes fallecieron, todos ellos entre los 3 y 4 meses del alta hospitalaria. De ellos ningún paciente fue considerado incluido por los siguientes motivos: demencia avanzada (n=2), estado clínico en el momento de la valoración (n=2) y diagnóstico de neoplasia activa (n=1).
- Mortalidad tardía (transcurridos 6 meses del alta hospitalaria): Cuatro pacientes fallecieron entre los 11 y 14 meses tras el alta hospitalaria. Los motivos para no incluirlos fueron: neoplasia activa (n=3) y rechazo a participar en el estudio (n=1).

## 7.8. Estadísticos descriptivos de los resultados de la entrevista de sufrimiento

### 7.8.1. Momentos de valoración

Los pacientes fueron entrevistados para sufrimiento transcurridos de media 14,0 días ( $DE \pm 10,80$ ) desde la intervención quirúrgica.

Hubo 15 pacientes que fueron entrevistados en más de una ocasión, transcurridas entre 4 y 6 semanas desde la primera entrevista y estando ingresados en la Unidad de Convalecencia.

### 7.8.2. Resultados de los instrumentos administrados en la entrevista de sufrimiento

En la tabla 12 se muestra el número de pacientes al que se les administró cada uno de los instrumentos.

En el caso de la escala de dolor, el instrumento PRISM, la escala DME, la escala de depresión Yesavage y de ansiedad GAI, pudiendo haber más de una administración, sólo se incluye el resultado de la primera de ellas.

Para cinco pacientes de los cuarenta y ocho no se obtuvieron resultados de la tarea PRISM, ya que el paciente no llegó a posicionar el disco rojo en el tablero.

En once pacientes, el investigador tuvo que utilizar la respuesta verbal de la Escala DME por problemas de comprensión de la escala numérica.

**Estudio empírico - Resultados**

**Tabla 12. Instrumentos para valorar factores subjetivos y rasgos de personalidad relacionados con el sufrimiento: número de pacientes a los que se les administraron y resultados obtenidos.**

Instrumentos	n	Valor (media±DE)	Variable
SIS (cm)	43	6,2±5,26	Sufrimiento
DME	36	10,7±3,86	Malestar emocional
Yesavage-5	37	1,86±1,29	Depresión
GAI-5	34	2,91±1,64	Ansiedad
Verbal Rating Scale	48	1,25±1,16	Dolor en reposo
Apgar	39	9,5±0,88	Familia
TMMS	19	42,4±9,21	Inteligencia emocional
BRCS	18	13,8±3,61	Resiliencia
OLQ-3	28	1,8±1,41	Sentido de la coherencia
SF-12	22		Calidad de vida relacionada con la salud
Escala verbal DME	11	Bien/Bien: n=4 Bien/Mal: n=2 Regular/Regular: n=1 Regular/ Mal: n=3 Mal/Mal: n=1	Malestar emocional
Pregunta salud	44	Mala: n=3 Regular: n=16 Buena: n=25	Percepción de salud

Los instrumentos TMMS, BRCS y SF-12 fueron desestimados por la excesiva carga que suponían a los pacientes, por lo que sólo hay resultados de aquellos a los que se administró inicialmente. La pregunta genérica inicial del SF-12 acerca de la percepción del estado de salud (“¿Cómo diría Usted que es su salud: buena, regular o mala?”) siguió siendo utilizada.

## 7.9. Relación entre el sufrimiento valorado mediante el instrumento PRISM y las variables sociodemográficas, de la VGI y de la entrevista de sufrimiento

### 7.9.1. Variables cualitativas

Las únicas variables cualitativas para las que se encontraron diferencias estadísticamente significativas de sus valores respecto al resultado del PRISM, tal y como se puede ver en la Tabla 13, fueron la dependencia previa para las AIVD según categorización del resultado del Índice de Lawton y la presencia de malestar emocional según categorización de la escala del DME.

Aquellos que eran dependientes en las AIVD presentaron un valor de SIS de 7,5 centímetros vs los que eran independientes con un valor de SIS de 3,0.

Los que presentaban malestar emocional obtuvieron una distancia SIS inferior (4,2 centímetros) respecto a aquellos que no presentaban dicho malestar (8,6 centímetros).

**Estudio empírico - Resultados**

**Tabla 13. Comparación de la puntuación SIS entre los niveles de variables cualitativas.**

<b>Variables</b>	<b>Valores fijos</b>	<b>n (%)</b>	<b>Valor SIS en centímetros (media±DE)</b>	<b>p</b>
<b>Sexo</b>				0,464
	Mujer	31	5,6±4,76	
	Hombre	12	7,8±6,34	
<b>Nivel de estudios (n=36)</b>				0,458
	Analfabeto	3	5,4±4,45	
	Sin estudios	24	5,8±5,79	
	Primarios Completos	4	8,0±1,78	
	Secundarios	2	4,6±4,45	
	Universitarios	3	2,2±3,41	
<b>Ámbito marcha previa</b>				0,891
	Exteriores solo	32	6,2±5,96	
	Exteriores acompañado	6	6,3±2,92	
	Interiores	5	6,3±2,20	
	Ayuda técnica para la marcha			0,363
	Ninguna	22	5,2±4,93	
	Bastón de puño o muleta	15	7,1±6,40	
	Caminador	5	6,8±2,51	
Guía	1	10,5±0,00		
<b>Convivientes</b>				0,699
	Domicilio solo	10	5,0±3,43	
	Domicilio con cónyuge	20	6,4±3,76	
	Domicilio hijos u otra familia	11	7,1±8,44	
	Otros	2	5,4±7,14	
<b>Barreras arquitectónicas</b>				0,121
	No	22	6,5±4,95	
	Exteriores	11	6,7±4,11	
	Interiores	5	1,6±2,54	
	Ambas	5	8,5±8,91	
<b>Rangos de edad</b>				0,391
	65-74	8	3,9±3,74	
	75-84	19	6,6±6,09	
	≥ 85	16	6,9±4,80	

Tabla 13 Cont. Comparación de la puntuación SIS entre los niveles de variables cualitativas.

Variables	Valores fijos	n (%)	Valor SIS en centímetros (media±DE)	p
Grado de comorbilidad (según Índice Charlson)	Ausencia	29	6,9±5,49	0,456
	Baja	6	5,7±5,87	
	Alta	8	4,2±3,79	
Número de fármacos previos	≤ 5	17	5,1±3,96	0,427
	> 5	25	7,2±5,89	
Deterioro cognitivo (según Índice Pfeiffer)	Ausencia	38	6,3±5,44	0,985
	Leve o moderado	5	5,4±4,04	
Delirium perquirúrgico	No	40	6,1±5,41	0,272
	Sí	3	8,1±2,19	
Dependencia previa para AIVD (Índice Lawton)	No	14	3,0±3,94	<b>0,003</b>
	Sí	25	7,5±4,29	
Dependencia previa para ABVD (Índice de Barthel)	Leve	41	6,3±5,36	0,754
	Moderado	1	2,5±0,00	
	Severo	1	7,1±0,00	
Malestar emocional (según DME)	Ausencia de malestar	6	8,6±1,40	<b>0,010</b>
	Presencia de malestar	28	4,2±3,80	
Presencia de ansiedad (según GAI)	No	13	7,3±5,52	0,235
	Sí	23	4,7±3,82	
Presencia de tristeza (según Yesavage)	No tristeza	12	7,0±6,25	0,433
	Tristeza	23	4,8±3,51	

### 7.9.2. Variables cuantitativas

Las correlaciones encontradas se muestran en la Tabla 14.

Tabla 14. Comparación de la puntuación SIS entre los niveles de variables cuantitativas.

	R	B	P (ANOVA sig)	Significado
Edad	0,242	0,174	0,118	menos sufrimiento, + edad
Demora quirúrgica (QX)	0,238	0,857	0,128	menos sufrimiento, + demora
Índice de Charlson	0,215	-0,692	0,166	menos sufrimiento, menos charlson
Número de enfermedades crónicas	0,113	-0,243	0,472	
Número de fármacos	0,023	-0,032	0,887	
Número de síndromes geriátricos previos	0,341	0,745	0,025	menos sufrimiento, + n° síndromes geriátricos
Índice de Lawton	0,292	-0,536	0,061	menos sufrimiento, menos Lawton
Índice de Barthel	0,087	0,030	0,579	
Pérdida funcional día UFISS	0,134	-0,059	0,495	
Pérdida funcional día de la entrevista	0,186	-0,064	0,258	más sufrimiento, + pérdida funcional
Test de Pfeiffer	0,081	-0,395	0,607	
VRS de dolor	0,020	0,079	0,898	
DME	0,297	-0,329	0,088	más sufrimiento, + malestar emocional
GAI	0,349	-0,986	0,037	más sufrimiento, + ansiedad
Yesavage	0,053	-0,190	0,763	
OLQ	0,194	-0,831	0,333	más sufrimiento, menos coherencia
TMMS	0,004	0,002	0,987	
BRCs	0,451	-0,467	0,060	más sufrimiento, + resiliencia
Apgar	0,114	0,689	0,516	

No se encontró correlación entre la distancia SIS y las variables: número de enfermedades, número de fármacos, pérdida funcional a la valoración de UFISS, Test de Pfeiffer, VRS de dolor, Escala de Yesavage, Escala TMMS, Test de Apgar ni Índice de Barthel previo.

**Estudio empírico - Resultados**

En el análisis multivariante, las variables asociadas con el sufrimiento valorado mediante el instrumento PRISM fueron el Índice Charlson (comorbilidad), el Índice de Lawton (dependencia para AIVD) y la Escala DME (malestar emocional), todas ellas con una relación negativa (Tabla 15).

**Tabla 15. Análisis de regresión para SIS.**

	Regresión bivariante			Regresión multivariante r=0,752	
	B	r	p	B	p
Edad	0,174	0,242	0,118		
Demora QX	0,857	0,238	0,128		
Charlson	-0,692	0,215	0,166	-0,859	<b>0,011</b>
Nº síndromes geriátricos	0,745	0,341	0,025		
Lawton	-0,536	0,292	0,061	-0,828	<b>&lt;0,001</b>
Pérdida funcional	-0,064	0,186	0,258		
DME	-0,329	0,297	0,088	-0,508	<b>&lt;0,001</b>
GAI	-0,986	0,349	0,037		
OLQ	-0,831	0,194	0,333		
BRCS	-0,467	0,451	0,060		

Las asociaciones resultan ser como sigue:

- Mayor Índice de Charlson (es decir, mayor comorbilidad) se asoció a mayor sufrimiento medido mediante PRISM: por cada incremento unitario en el Índice de Charlson, la distancia SIS disminuyó en 0,86 puntos.
- Mayor Índice de Lawton (es decir, menor dependencia previa para IAVD) se asoció a mayor sufrimiento medido mediante PRISM: por cada incremento en una unidad del índice de Lawton, la distancia SIS disminuyó en 0,83 puntos.
- Mayor DME (mayor malestar emocional) se asoció a mayor sufrimiento medido por PRISM: por cada aumento unitario de DME, la distancia SIS disminuyó en 0,5 puntos.

## 7.10. Relación entre el malestar emocional valorado mediante la escala DME y las variables sociodemográficas, de la VGI y de la entrevista de sufrimiento

El promedio de malestar emocional medido mediante la escala DME fue de 10,7 puntos y el resultado fue indicativo de malestar intenso ( $\geq 9$  puntos) en el 80,5% de los casos.

### 7.10.1. Variables cualitativas

La única variable cualitativa para las que se encontraron diferencias estadísticamente significativas de sus valores respecto al resultado de la escala DME, tal y como se puede ver en la Tabla 16, fue la presencia de ansiedad según la categorización de la Escala GAI: se obtuvo un valor de DME superior entre los pacientes que presentaban ansiedad respecto a los que no la presentaban (12,2 vs 8,5 respectivamente).

Tabla 16. Comparación de la puntuación del DME entre los niveles de variables cualitativas.

VARIABLES	Valores fijos	n (%)	Valor DME (media $\pm$ DE)	p
Sexo	Mujer	27	11,0 $\pm$ 0,44	0,933
	Hombre	7	11,1 $\pm$ 0,98	
Nivel de estudios	Analfabeto	3	12,3 $\pm$ 2,51	0,521
	Sin estudios	17	12,1 $\pm$ 3,15	
	Primarios	4	8,7 $\pm$ 3,77	
	Secundarios	2	7,5 $\pm$ 7,78	
	Universitarios	3	11,0 $\pm$ 2,64	
Ámbito marcha previa	Ext solo	26	11,0 $\pm$ 3,76	0,840
	Ext Acompañado	5	10,8 $\pm$ 2,68	
	Interiores	3	12,0 $\pm$ 3,00	
Ayuda técnica para la marcha	Ninguna	18	10,4 $\pm$ 3,97	0,526
	BP BI	12	11,9 $\pm$ 2,91	
	Camin	3	12,0 $\pm$ 3,00	
	Guia	1	9,0 $\pm$ 0,00	

Tabla 16 Cont. Comparación de la puntuación del DME entre los niveles de variables cualitativas.

Variables	Valores fijos	n (%)	Valor DME (media±DE)	p
Convivientes				0,294
	Domi Solo	9	12,4±3,94	
	Domi conyuge	15	10,3±2,92	
	Domi hijos - otra familia	8	11,1±4,29	
	Otros	2	9,5±0,71	
Barreras arquitectónicas				0,299
	No	17	11,5±4,20	
	Exteriores	10	9,5±2,32	
	Interiores	5	12,0±2,83	
	Ambas	2	12,5±2,12	
Rangos de edad:				0,215
	65-74	7	11,1±2,11	
	75-84	14	9,8±3,65	
	≥85	13	12,2±3,70	
Rangos de comorbilidad:				0,666
	Ausencia	24	10,9±3,85	
	Baja	5	12,2±3,35	
	Alta	5	10,2±1,30	
Número de fármacos:				0,410
	≤ 5	16	10,4±4,16	
	> 5	17	11,5±2,85	
Deterioro cognitivo según Pfeiffer				0,802
	Ausencia	29	11,0±3,67	
	Leve o moderado	5	11,4±2,51	
Delirium perquirúrgico				0,625
	No	31	10,9±3,57	
	Sí	3	12,0±3,00	
Dependencia para AIVD:				0,640
	No	14	11,1±3,45	
	Sí	18	10,5±3,35	
Dependencia previa para ABVD:				
	Leve	36		
	Moderado	0	-	
	Severo	0	-	
Presencia de ansiedad según GAI				<b>0,006</b>
	No	10	8,5±3,34	
	Sí	21	12,2±3,21	
Presencia de tristeza según Yesavage:				0,276
	No	9	10,0±4,77	
	Sí	21	11,6±3,11	

### 7.10.2. Variables cuantitativas

Las correlaciones encontradas se muestran en la Tabla 17.

Tabla 17. Comparación de la puntuación DME entre los niveles de variables cuantitativas.

	R	B	P (ANOVA sig)	Significado
Edad	0,091	0,041	0,611	
Demora quirúrgica (QX)	0,155	0,419	0,382	
Índice de Charlson	0,027	0,062	0,880	
Número de enfermedades crónicas	0,021	0,035	0,906	
Número de fármacos	0,122	0,111	0,499	
Nº síndromes geriátricos previos	0,191	-0,261	0,278	más malestar emocional, menos nº síndromes geriátricos previos (peor)
Índice de Lawton	0,106	-0,124	0,559	
Barthel previo	0,215	-0,089	0,222	más malestar emocional, menos Barthel previo (peor)
Pérdida funcional UFISS	0,205	0,056	0,385	más malestar emocional, + pérdida funcional (peor)
Pérdida funcional día de entrevista	0,369	0,084	0,038	más malestar emocional, + pérdida funcional (peor)
Test de Pfeiffer	0,084	0,247	0,638	
VRS de dolor	0,266	0,655	0,128	más malestar emocional, + dolor (peor)
GAI	0,477	1,091	0,007	más malestar emocional, + ansiedad (peor)
Yesavage	0,314	0,880	0,091	más malestar emocional, + tristeza (peor)
OLQ	0,253	0,630	0,244	más malestar emocional, menos coherencia (peor)
TMMS	0,037	-0,017	0,881	
BRCS	0,083	0,096	0,744	
Test Apgar	0,090	0,344	0,651	

**Estudio empírico - Resultados**

No se encontró correlación entre DME y las siguientes variables cuantitativas: edad, demora QX, Índice de Charlson, número de enfermedades crónicas, número de fármacos, Índice de Lawton, Test de Pfeiffer, TMMS, BRCS, Apgar.

En el análisis multivariante (tabla 18), las variables asociadas con el malestar emocional valorado mediante la Escala DME fueron el número de síndromes geriátricos, el Índice de Barthel previos (relación negativa ambas) y el valor de la escala de ansiedad GAI (relación positiva).

**Tabla 18. Análisis de regresión para DME.**

	Regresión bivariante			Regresión multivariante r=0.727	
	B	r	p	B	p
Nº síndromes geriátricos previos	-0,261	0,191	0,278	-1,060	0,001
Pérdida funcional UFISS	0,056	0,205	0,385		
Perdida funcional A	0,084	0,369	0,038		
VRS	0,655	0,266	0,128		
GAI	1,091	0,477	0,007	0,974	0,003
Yesavage	0,880	0,314	0,091		
OLQ	0,630	0,253	0,244		
Barthel previo	-0,089	0,215	0,222	-0,326	0,001

La forma de asociación es la siguiente:

- Menor número de síndromes geriátricos previos se asoció a mayor malestar emocional valorado mediante DME: por cada incremento unitario en el número de síndromes geriátricos previos, el resultado del DME crece 1,06 puntos.
- Mayor valor de la escala GAI (es decir, mayor ansiedad) se ha asociado a mayor malestar emocional valorado por DME: por cada aumento unitario de la escala GAI, el valor de DME aumenta 0,97 puntos.

- Menor Índice de Barthel previo (es decir, mayor dependencia previa para ABVD) se asoció a mayor malestar emocional valorado por DME: por cada decremento unitario del índice de Barthel, el resultado del DME aumenta en 1,0 puntos.

### 7.11. Relación entre el grado de comprensión de la tarea PRISM y la elegibilidad de los pacientes con las variables sociodemográficas y de valoración geriátrica integral.

Cinco de los cuarenta y ocho pacientes con entrevista de sufrimiento no llegaron a completar la tarea PRISM (10,4%).

Tras analizar el grado de comprensión de la tarea PRISM según método detallado en Metodología, de los cuarenta y tres pacientes restantes se consideró que quince pacientes no la entendieron (31,2%) y veintiocho pacientes sí (58,3%).

Así pues, para el análisis de los estadísticos descriptivos y las comparaciones, se divide a los pacientes en grupo Comprenden (n=28) y No Comprenden (o no ejecutan) (n=20).

### 7.11.1. Datos sociodemográficos

El detalle de los estadísticos descriptivos se puede apreciar en la siguiente tabla.

Tabla 19. Comparación de los datos sociodemográficos entre los grupos Comprenden, No Comprenden y No Elegibles

Variables	Valores fijos	Comprenden tarea PRISM n= 28	No Elegibles n= 21	p (*)	No Comprenden tarea PRISM n= 20	p (**)	p (***)
Sexo (% Mujer)		78,6%	76,2%	0,843	70,0%	0,499	0,655
Edad (media±DE)		80,9±7,63	84,6±5,6	<b>0,053</b>	83,5±5,93	0,176	0,557
Edad por categorías n (%)				<b>0,050</b>		0,166	0,506
	<65-74 años	7 25,0%	1 (4,8%)		1 5,0%		
	75-84 años	11 39,3%	8 (38,1%)		10 50,0%		
	85 años o más	10 35,7%	12 (57,1%)		9 45,0%		
Nivel de estudios* n (%)						0,155	
	Analfabeto	1 (4,0%)			2 (13,3%)		
	No estudios	17 68,0%			11 73,3%		
	Primarios completos	3 12,0%			1 6,7%		
	Secundarios	1 4,0%			1 6,7%		
	Diplomados	3 12,0%			0 0,0%		
Convivencia: n (%)				0,932		0,590	0,591
	Solo	7 25,0%	7 (35%)		4 20,0%		
	Cónyuge	13 46,4%	6(30%)		9 45,0%		
	Otra familia	7 25,0%	6 (30%)		6 30,0%		
Barreras arquitectónicas: n (%)				0,540		0,481	0,880
	Ninguna	15 53,6%	7 (35,0%)		9 45,0%		
	Exteriores	6 21,4%	7 (35,0%)		5 25,0%		
	Interiores	4 14,3%	5(25,0%)		2 10,0%		
	Ambas	3 10,7%	1 (5,0%)		4 20,0%		

p (\*): p correspondiente a comparación entre grupos Comprenden tarea PRISM y No Elegibles

p (\*\*): p correspondiente a comparación entre grupos Comprenden tarea PRISM y No Comprenden

p (\*\*\*) : p correspondiente a comparación entre grupos No Comprenden tarea PRISM y No Elegibles

Entre los pacientes de los grupos Comprenden y No Comprenden no se encontró ninguna diferencia con significación estadística,

**Estudio empírico - Resultados**

aunque en el primer grupo predominan los estudios más avanzados respecto al segundo.

Cuando se comparan los grupos Comprenden y No Elegibles, estos últimos presentan una edad media más elevada (84,6 vs 80,9%).

### 7.11.2. Datos de la valoración geriátrica integral

El detalle de los estadísticos descriptivos se puede apreciar en la siguiente tabla.

Tabla 20. Comparación de la valoración geriátrica integral entre los grupos Comprenden, No Elegibles y No Comprenden

Variables	Valores fijos	Comprenden tarea PRISM n= 28	No Elegibles n= 21	p (*)	No Comprenden tarea PRISM n= 20	p (**)	p (***)
Ámbito de marcha n (%)				<b>0,043</b>		0,582	<b>0,012</b>
	Exteriores solo	20 71,4%	9 (45,0%)		14 70,0%		
	Exteriores acompañado	3 10,7%	2 (10,0%)		5 25,0%		
	Interiores	5 17,9%	9 (45,0%)		1 5,0%		
Ayuda técnica n (%)				<b>0,042</b>		0,527	0,229
	Ninguna	15 53,6%	4 (20,0%)		9 45,0%		
	Bastón	8 28,6%	11 (55,0%)		8 40,0%		
	Caminador	5 17,9%	3 (15,0%)		1 5,0%		
	Otra persona	0 0,0%	2 (10,0%)		2 10,0%		
Índice Charlson (media±DE)		1,6±1,87	2,3±2,01	0,088	1,0±,94	0,818	<b>0,024</b>
Índice Charlson categorías* n (%)				0,343		0,113	<b>0,020</b>
	0-1 (ausencia de comorbilidad)	18 64,3%	11 (52,4%)		16 80,0%		
	2 (baja comorbilidad)	3 10,7%	2 (9,5%)		3 15,0%		
	> 2 (elevada comorbilidad)	7 25,0%	8 (38,1%)		1 5,0%		
Índice Lawton (media±DE)		5,3±3,01	2,1±2,68	<b>0,001</b>	4,3±2,81	0,167	<b>0,015</b>
Dependencia para AIVD** n (%)		14 53,8%	18 (90,0%)	<b>0,008</b>	15 83,3%	<b>0,042</b>	0,544
Índice Barthel previo (media±DE)		89,8±18,13	73,5±24,2	<b>0,011</b>	92,2±9,10	0,920	<b>0,011</b>
Dependencia para ABVD*** n (%)				0,127		0,253	<b>0,027</b>
	Leve	26 92,9%	15 (75,0%)		20 100,0%		
	Moderada	1 3,6%	3 (15,0%)		0 0,0%		
	Severa	1 3,6%	2 (10,0%)		0 0,0%		
	Total	0 0,0%	0		0 0,0%		

Estudio empírico - Resultados

Tabla 20 Cont. Comparación de la valoración geriátrica integral entre los grupos Comprenden, No Elegibles y No Comprenden

Variables	Valores fijos	Comprenden tarea PRISM n= 28	No Elegibles n= 21	p (*)	No Comprenden tarea PRISM n= 20	p (**)	p (***)
Test de Pfeiffer (media±DE)		0,4±1,07	4,5±3,66	<0,001	0,80±1,00	0,020	<0,001
Test de Pfeiffer categórico: n (%)				<0,001		0,936	0,001
	De 0 a 2 errores (normal)	25 89,3%	8 (40,0%)		18 90,0%		
	De 3 a 7 errores (leve- moderado)	3 10,7%	7 (35,0%)		2 10,0%		
	>7 errores		5 (25,0%)				
Presencia de delirium actual n (%)		2 7,1%	16 76,2%	<0,001	1 5,0%	0,762	<0,001
Índice Barthel UFISS (media±DE)		26,3±12,31	18,7±17,60	0,061	30,56±12,93	0,350	0,011
% Pérdida funcional UFISS*		70,4±10,38	76,0±21,90	0,109	67,6±12,61	0,458	0,043
Nº enfermedades crónicas (media±DE)		4,5±2,86	5,0+ /1,99	0,433	3,3±0,98	0,047	0,001
5 o menos enfermedades crónicas categorizado n (%)		20 71,4%	13 61,9%	0,482	20 100,0%	0,009	0,002
Nº fármacos (media±DE)		7,1±4,18	7,3±3,08	0,850	5,8±2,63	0,183	0,095
% o menos fármacos categorizado n (%)		11 40,7%	6 (30%)	0,449	10 50,0%	0,528	0,197
Nº síndromes geriátricos (media±DE)		3,4±2,58	5,1±2,62	0,024	4,3±1,9	0,152	0,248
3 o menos síndromes geriátricos categorizado n (%)		16 57,1%	5 25,0%	0,027	6 30,0%	0,063	0,723

p (\*): p correspondiente a comparación entre grupos Comprenden tarea PRISM y No Elegibles

p (\*\*): p correspondiente a comparación entre grupos Comprenden tarea PRISM y No Comprenden

p (\*\*\*): p correspondiente a comparación entre grupos No Comprenden tarea PRISM y No Elegibles

Tabla 21. Presencia de enfermedades concretas.

Comprenden vs No Elegibles	Comprenden vs No Comprenden	No Comprenden vs No Elegibles
<b>Card.isq: 25,0% vs 9,5% (p=0,166)</b>	HTA: 17,9% vs 5% (p=0,184)	ACxFA: 5,0% vs 23,8% (p=0,089)
<b>Úlcus: 3,6% vs 28,6% (p=0,013)</b>	Iª renal: 25% vs 5% (p=0,067)	AVC: 10,0% vs 33,3% (p=0,071)
<b>Demencia: 0,0% vs 9,5% (p=0,095)</b>	OP: 53,6% vs 30% (p=0,105)	Iª renal: 5,0% vs 19,0% (p=0,169)
<b>FX: 28,6% vs 42,9% (p=0,299)</b>	FX: 28,6% vs 10% (p=0,118)	Úlcus: 10,0% vs 28,6% (p=0,134)
	<b>Tiroides: 17,9% vs 0% (p=0,046)</b>	Demencia: 0,0% vs 9,5% (p=0,157)
		<b>FX: 10,0% vs 42,9% (p=0,018)</b>
		<b>Tiroides: 0,0% vs 19,0% (p=0,040)</b>

Al comparar los pacientes del grupo Comprenden respecto a los No Elegibles estos últimos tenían un ámbito de marcha más

**Estudio empírico - Resultados**

restringido (exteriores sin acompañante 45% vs 71,4% y únicamente por interiores 45% vs 17,9%, respectivamente), obtuvieron peores resultados para el Índice de Lawton (2,1 vs 5,3), Índice de Barthel (73,5 vs 89,8) y Test de Pfeiffer (4,5 errores vs 0,4), precisaban más frecuentemente ayuda para la deambulación (80% vs 46,4%), y presentaban mayor número de síndromes geriátricos previos (5,1 vs 3,4), mayor prevalencia de dependencia para actividades instrumentales de la vida diaria (90% vs 53,8%) y mayor incidencia de delirium actual (76,2% vs 7,1%). La única enfermedad crónica con una prevalencia estadísticamente diferente fue el ulcus péptico, más frecuente en los No Elegibles (28,6% vs 3,6%).

Al comparar los pacientes del grupo Comprenden respecto a los No Comprenden estos últimos presentaban menor número de enfermedades crónicas (3,3 vs 4,5), mayor prevalencia de dependencia para actividades instrumentales de la vida diaria (83,3% vs 53,8%) y peor resultado del Test de Pfeiffer (0,80 vs 0,40, aunque de dudosa significación clínica). Hay que destacar que no se encontraron diferencias en cuanto a la existencia de síndrome confusional agudo en los días previos (5% vs 7,1%). En cuanto a la prevalencia de enfermedades crónicas, sólo se encontraron diferencias en la menor prevalencia de enfermedad tiroidea entre los pacientes No Comprenden (0% vs 17,9%).

En cuanto a la comparativa de los 3 grupos respecto a la prevalencia de síndromes geriátricos previos (Tabla) encontraron diferencias en la mayor prevalencia de constipación para los pacientes No Comprenden respecto a los Comprenden (65% vs 25%).

Tabla 22. Comparativa de la presencia de síndromes geriátricos entre grupo Comprenden, No Elegibles y No Comprenden

Síndromes Geriátricos	Comprenden tarea PRISM n= 28	No Elegibles n= 21	p (*)	No Comprenden tarea PRISM n= 20	p (**)	p (***)
Alteración de la marcha	3 10,7%	7 (33,3%)	0,052	3 15,0%	0,658	0,172
Mala agudeza visual	15 53,6%	10 (47,6%)	0,680	12 60,0%	0,658	0,427
Hipoacusia	5 17,9%	7 (33,3%)	0,213	6 30,0%	0,324	0,819
Dolor crónico	12 42,9%	11 (52,4%)	0,509	8 40,0%	0,843	0,427
Insomnio	9 32,1%	9 (42,9%)	0,441	12 60,0%	0,055	0,272
Depresión	20 71,4%	8 (38,1%)	0,482	17 85,0%	0,270	0,095
Delirium previo	1 3,6%	2 (9,5%)	0,390	1 5,0%	0,807	0,578
Incontinencia urinaria	5 17,9%	6 (28,6%)	0,374	6 30,0%	0,324	0,920
Incontinencia fecal	2 7,1%	0	0,211	2 10,0%	0,724	0,137
Constipación	7 25,0%	9 (42,9%)	0,187	13 65,0%	<b>0,006</b>	0,155
Polifarmacia	13 46,4%	13 (61,9%)	0,283	8 40,0%	0,658	0,161
Caídas previas	13 46,4%	10 (47,6%)	0,934	11 55,0%	0,558	0,636

p (\*): p correspondiente a comparación entre grupos Comprenden tarea PRISM y No Elegibles

p (\*\*): p correspondiente a comparación entre grupos Comprenden tarea PRISM y No Comprenden

p (\*\*\*) : p correspondiente a comparación entre grupos No Comprenden tarea PRISM y No Elegibles

### 7.11.3. Instrumentos de la entrevista de sufrimiento

No se encontró relación entre el grado de comprensión de la tarea PRISM y la presencia de malestar emocional, ansiedad o tristeza.

La distancia SIS fue significativamente superior en los pacientes del grupo No Comprenden respecto al grupo Comprenden (9,8 centímetros vs 4,3) así como la puntuación de la Escala TMMS (50,4 vs 39,6).

**Estudio empírico - Resultados**

**Tabla 23. Relación entre el grado de comprensión de la tarea PRISM y los resultados de los cuestionarios de la entrevista de sufrimiento**

	Comprenden tarea PRISM n=28	No Comprenden tarea PRISM n=20	p
Malestar por DME ( $\geq 9$ ) n (%)	22 88,0%	6 66,7%	0,150
Ansiedad por GAI ( $\geq 3$ ) n (%)	16 64,0%	7 63,6%	0,983
Tristeza por Yesavage ( $\geq 2$ ) n (%)	16 66,7%	7 63,6%	0,861
Apgar (media $\pm$ DE)	9,4 $\pm$ 0,94	9,6 $\pm$ 0,81	0,599
BRCS (media $\pm$ DE)	14,2 $\pm$ 3,51	12,2 $\pm$ 4,03	0,364
TMMS (media $\pm$ DE)	39,6 $\pm$ 8,58	50,4 $\pm$ 5,86	<b>0,020</b>
OLQ (media $\pm$ DE)	2,0 $\pm$ 1,35	1,3 $\pm$ 1,50	0,199
VRS (media $\pm$ DE)	1,3 $\pm$ 1,51	1,5 $\pm$ 1,03	0,306
Distancia SIS (media $\pm$ DE)	4,3 $\pm$ 3,66	9,8 $\pm$ 6,03	<b>0,002</b>
DME (media $\pm$ DE)	11,6 $\pm$ 2,97	9,5 $\pm$ 4,53	0,176
Yesavage (media $\pm$ DE)	1,8 $\pm$ 1,28	2,2 $\pm$ 1,33	0,432
GAI (media $\pm$ DE)	3,0 $\pm$ 1,59	3,0 $\pm$ 1,79	0,986

Respecto a la relación del grado de comprensión de la tarea PRISM con el grado de ejecución de la Escala DME, se obtuvo resultado de DME en el 45% de los pacientes que no comprendieron la tarea PRISM. Además, la práctica totalidad de pacientes en los que no se pudo utilizar la Escala DME original (con escalas numéricas), completaron la versión alternativa con escalas verbales.

### 7.11.4. Análisis multivariante

Los resultados de las comparaciones múltiples se muestran en las siguientes tablas:

**Tabla 24. Comparaciones múltiples ANOVA para variables cuantitativas entre grupo Entienden, No Elegibles y No Entienden**

	Comprenden tarea PRISM n= 28	No Elegibles n= 21	No comprenden tarea PRISM n= 20	p ANOVA	Comparación por parejas
Edad (media±DE)	80,9±7,63	84,6±5,6	83,6±5,93	0,125	0,052 <sup>1</sup>
Índice Charlson (media±DE)	1,6±1,87	2,3±2,01	1,1±0,94	0,060	0,019 <sup>3</sup>
Índice Lawton (media±DE)	5,3±3,01	2,2±2,68	4,4±2,81	0,002	<0,001 <sup>1</sup> 0,018 <sup>3</sup>
Índice Barthel previo (media±DE)	89,8±18,13	73,5±24,2	92,3±9,10	0,003	0,003 <sup>1</sup> 0,002 <sup>3</sup>
Test de Pfeiffer (media±DE)	0,4±1,07	4,5±3,66	0,8±1,01	<0,001	<0,001 <sup>1</sup> <0,001 <sup>3</sup>
Índice Barthel UFISS (media±DE)	26,3±12,32	18,8±17,61	30,6±12,94	0,052	0,017 <sup>3</sup>
Nº enfermedades crónicas (media±DE)	4,5±2,86	5,0+/-1,99	3,3±0,98	0,039	0,066 <sup>2</sup> 0,013 <sup>3</sup>
Nº fármacos (media±DE)	7,1±4,19	7,4+/-3,08	5,8±2,63	0,301	
Nº síndromes geriátricos (media±DE)	3,4±2,59	5,2±2,62	4,3±1,89	0,045	0,014 <sup>1</sup>

Superíndice 1: Comparación Comprenden vs No Elegibles

Superíndice 2: Comparación Comprenden vs No Comprenden

Superíndice 3: Comparación No Elegibles vs No Comprenden

**Estudio empírico - Resultados**

**Tabla 25. Comparaciones múltiples ChiCuadrado para variables cualitativas entre grupo Entienden, No Elegibles y No Entienden**

Variables	Valores fijos	Comprenden tarea PRISM n= 28	No Elegibles n= 21	No Comprenden tarea PRISM n= 20	p
Sexo (% Mujer)		78,6%	76,2%	70,0%	0,789
Edad por categorías n (%)					0,035
	<65-74 años	7 25,0%	1 (4,8%)	1 5,0%	
	75-84 años	11 39,3%	8 (38,1%)	10 50,0%	
	85 años o más	10 35,7%	12 (57,1%)	9 45,0%	
Nivel de estudios n (%)					0,120
	Analfabeto	1 4,0%	1 (20,0%)	2 22,2%	
	No estudios	17 68,0%	3 (60,0%)	11 73,3%	
	Primarios completos	3 12,0%	1 (20,0%)	1 6,7%	
	Secundarios	1 4%	0,0%	1 6,7%	
	Superiores	3 12,0%	0,0%	0 0,0%	
Índice Charlson categorías* n (%)					0,390
	0-1 (ausencia de comorbilidad)	18 64,3%	11 (52,4%)	16 80,0%	
	2 (baja comorbilidad)	3 10,7%	2 (9,5%)	3 15,0%	
	> 2 (elevada comorbilidad)	7 25,0%	8 (38,1%)	1 5,0%	
Dependencia para AIVD** n (%)		14 51,9%	18 (90,0%)	15 75%	0,016
Dependencia para ABVD*** n (%)					0,105
	Leve	26 92,9%	15 (75,0%)	20 100,0%	
	Moderada	1 3,6%	3 (15,0%)	0 0,0%	
	Severa	1 3,6%	2 (10,0%)	0 0,0%	
	Total	0 0,0%	0	0 0,0%	
Test de Pfeiffer categórico n (%)					<b>&lt;0,001</b>
	De 0 a 2 errores (normal)	25 89,3%	8 (40,0%)	18 90,0%	
	De 3 a 7 errores (leve- moderado)	3 10,7%	7 (35,0%)	2 10,0%	
	> 7 errores		5 (25,0%)		

Tabla 25 Cont. Comparaciones múltiples ChiCuadrado para variables cualitativas entre grupo Entienden, No Elegibles y No Entienden

Variables	Valores fijos	Comprenden tarea PRISM n= 28	No Elegibles n= 21	No Comprenden tarea PRISM n= 20	p
Presencia de delirium actual n (%)		2 7,1%	16 76,2%	1 5,0%	<0,001
5 o menos enfermedades crónicas categorizado n (%)		20 71,4%	13 61,9%	20 100,0%	0,010
5 o menos fármacos categorizado n (%)		11 40,7%	6 (30%)	10 50,0%	0,517
3 o menos síndromes geriátricos categorizado n (%)		16 57,1%	5 25,0%	6 30,0%	0,046
Constipación		7 25%	9 42,9%	13 65%	0,022
Insomnio		9 32,1%	9 42,9%	12 60%	0,158
Malestar por DME		22 88,0%		6 66,7%	0,150
Ansiedad por GAI		16 64%		7 63,6%	0,983
Tristeza por Yesavage		16 66,7%		7 63,6%	0,861

En el modelo multivariante final, las únicas variables que se asociaron al grado de comprensión de la tarea PRISM fueron:

- el índice de Lawton, categorizado en autonomía o dependencia para las actividades instrumentales de la vida diaria, con una odds ratio (OR) de 6,9 y,
- el número de enfermedades crónicas con una OR 0,5.

Tabla 26. Modelo multivariante final para la comprensión el instrumento PRISM

Variables	Coefficiente B	OR	IC 95%	p
Funcionalidad para las AIVD (índice de Lawton)	1,938	6,9	1-33	0,015
Comorbilidad (Nº de enfermedades crónicas previas)	-0,555	0,5	0,36-0,90	0,016

AIVD: Actividades instrumentales para la vida diaria

Es decir:

- la probabilidad de comprender la tarea PRISM en los pacientes previamente autónomos para las AIVD es 6,9 veces superior a la probabilidad de comprenderla entre los pacientes dependientes para ellas y,
- la probabilidad de comprender la tarea PRISM es 2 veces inferior entre los que presentan más enfermedades crónicas.

## 7.12. El sufrimiento de los pacientes que No Comprenden

### 7.12.1. El sufrimiento de los pacientes que No Comprenden

Los pacientes que no comprendieron la tarea PRISM fueron capaces de ejecutar otros instrumentos relacionados con otras variables de sufrimiento, tal y como se puede ver en la siguiente tabla:

Tabla 27. Resultados de instrumentos relacionados con sufrimiento en grupo No Comprenden

Número de PRISM	Edad	Sexo	Valores DME	DME Verbal	Test de Yesavage	Pregunta tristeza	Cuestionario GAI	Pregunta ansiedad
PRISM1	92	Hombre	6		2		4	
PRISM3	87	Hombre	17		3		3	
PRISM5	77	Mujer	11		4		5	
PRISM7	87	Mujer	15		4		5	
PRISM9	81	Mujer	2		1		2	
PRISM10	83	Mujer	9		3		5	
PRISM14	76	Hombre	-		-		-	
PRISM15	87	Mujer	0		0		0	
PRISM30	76	Mujer	7		0		1	
PRISM32	93	Mujer	-	Mal Mal	-	Sí	-	Sí
PRISM33	90	Mujer	9		3		3	
PRISM34	84	Hombre	-	Bien Bien	-	No	-	No
PRISM35	81	Mujer	-	Regular	1		1	
PRISM36	82	Mujer	-	Regular Regular	-	Sí	-	Sí
PRISM37	70	Mujer	10		-	Sí	-	No
PRISM39	87	Mujer	-	Regular Mal	-	Sí	-	No
PRISM44	86	Mujer	-	Bien Mal	-	Sí	-	Sí
PRISM46	90	Hombre	-	Bien Bien	1		0	
PRISM47	82	Mujer	-	Regular Mal	2		2	
PRISM48	80	Hombre	-	Bien Bien	2		-	

## 7.12.2. Extractos de entrevistas de pacientes No Comprenden en relación a su malestar

### PRISM 1:

*P: Yo, haberme roto el fémur, ha sido muy importante...*

*(...)*

*P: Bueno..., últimamente sí que he estado preocupado..., por la razón de mi esposa (E: Hm) al estar con 90 años y estar cómo está..., también tiene quien la cuide y todo..., pero yo estoy preocupado por ella.*

### PRISM 3:

*P: Uf..., importante..., muy mucho...*

*(...)*

*E: ¿Actualmente se siente inútil?*

*P: Tal y como estoy ahora, sí. Totalmente sí. Pero cuando estoy en forma, no.*

*E: Vale. ¿Cómo se encuentra de ánimo? ¿Bien?*

*P: Ahora estoy mal. Ahora me encuentro regular...*

*(...)*

*P: En estos momentos, me preocupa que me quedara en la cama, así, y no pudiera salir a la calle... Y luego..., no saber que hacer, como un niño pequeño... (...) Ahora tienen que..., la señora aquella es la que tiene que llevarme a la cama y..., llevar puesto esa cosa que llevo puesta, para que no me mee en la cama, porque en la noche meo mucho.*

*(...)*

**Estudio empírico - Resultados**

*P: Pero no he hecho nada. En la calle salgo y me río con alguna señora de esas mayores, y nos sentamos en un banco y damos una vuelta en el paseo... Y me voy riendo de mi sombra...*

**PRISM 9:**

*P: Ves. Eso es lo que pasa. Entonces, claro, yo tengo..., dolor porque tienen que venir..., que tienen que trabajar..., tienen que hacer sus cosas... Namás que..., lo que pasó es que, cuando me encontré en el suelo, me cogió una señora, que hay una peluquería ahí, entonces ella me..., pues yo no me podía levantar. Entonces llamaron a una ambulancia... Y yo para hacerlo mejor, puede ser peor, porque en la ambulancia me llevaron a la...*

*E: Al ambulatorio.*

*P: Me cogió del suelo..., no, al ambulatorio no. Del suelo me cogió porque no podía caminar, y me examinó en la ambulancia, me dijo: 'no, esto es de hospital', y me trajeron al hospital. Y yo no había llamado a mi sobrina, y cuando estaba en el hospital la llamé. Se enfadó tanto: 'Pero tía, como hace una cosa así, aunque uno esté trabajando, si usted es lo primero, ¿cómo se le ocurre ir sola? '. Entonces me dolió, me dolió haber hecho eso (E: Mh) pero no, que ella no se enfadaba, se enfadaron porque no lo hice (E: Mh), no lo hice bien. Yo lo hice..., yo creí que era lo mejor porque dije ' a lo mejor me van a examinar y me van a mandar para casa'.*

*E: Claro, y no les quería preocupar.*

*P: Claro, eso.*

*(...)*

*P: Claro, claro, eso es. Porque no me dejan... Que no me vaya a subir en ninguna silla, que no limpie nada... Porque yo vivo con ella, (E: Sí, sí) algo tengo que ayudar, porque si yo estoy sola en la casa no..., no voy a dejar porque me da pena que ellos están trabajando y yo de brazos cruzados... no,*

**Estudio empírico - Resultados**

*no, no, a mí me gusta trabajar y hacer las cosas y soy valiente, (E: Mh) entonces, eso es el sentimiento que tengo.*

*(...)*

*P: Claro, yo la sabía pero ahora no me dejan ir en...,y ahora menos, no me dejan ir en..., si no me dejaban antes, me iba a Barcelona sola y llegaba: ' ¿A dónde estás?', ' A andar con una amiga'.*

*(...)*

*P: Bueno, tanto como inútil... Ahora voy haciendo, no estoy porque no me van a dejar hacer nada, pone no, nomás. No, no me...yYo no me siento inútil..., que no me dejen es otro cuento (E: Vale) pero yo puedo hacer las cosas. Y ahora que me voy a mejorar..., pero no me van a dejar hacer nada, entonces me voy a sentir más inútil...*

*(...)*

*P: Claro. Llegó mi sobrino y yo estaba... jaja! (E: Madre... Claro) arriba de una silla, porque había venido de compras y yo voy sola (E: Guardando cosas) al mercadillo y traigo el carro con lo que he comprado, pasé a comprar carne, verduras, patatas, fruta, de todo, y llego con el carro feliz y ahora no lo puedo hacer.*

*(...)*

*P: No. Lo único que me...,lo único que te digo es no sacarme los mellones, lo único. Me preocupa que pueda ir a Chile a ver a mi madre, que está enterrada. Eso es lo único...,y la preocupación que tengo que es de ir a Chile antes de morirme, pero no... No.*

*(...)*

*P: Ay, después de la operación no, tampoco. Cuando veía que no me podía levantar y... Querían que me levantara y el pie no me daba y... Me daba miedo, me daba miedo poner el pie en el suelo. Ahora ya no, ya. Ya no, ya. Un poquito.*

(...)

*P: Sí, sí. Ellos dicen... Supongamos. No, porque entonces no les importaría que yo salga ni nada y me caiga y... ' Tía ¿no ve que se puede caer y después se rompe... una cadera, y lo peor que lo vamos a pasar somos nosotros? '.*

#### PRISM 10

*P: No, entro en esto porque me da miedo. (E: con esto) es que tengo miedo, tengo miedo de volver a caerme, tengo miedo. En casa mi hijo me comprará una silla de ruedas*

#### PRISM 32:

*P: No, no, antes sí que lo era, pero ahora no, ahora tengo mucho miedo...esta caída me ha..., estaba muy bien y ahora, al no poder ir a casa, mirar las flores, aquella chica venía a fregar, ahora hace ya un mes que no puede venir, claro, yo no voy y mis hijos ya tienen bastante trabajo...*

(...)

*E: ¿Y las flores?*

*P: Las flores, pues mira...si hoy se han regado, pues estarán regadas.*

*E: La veo triste*

*P: Hombre, es que...yo mañana me voy para casa, bueno a casa de mi hijo, y claro al estar en otra casa, se te hace una montaña...que tenga que lavarte la nuera, que tenga que lavarme mi hijo...parece que no, que ya sabemos que tanto tiene él como yo, como todo el mundo, ¿no? Porque se van a los baños y se tiran de cualquier manera al agua, pero yo no... me da un no sé qué...en cambio, eh, ahora vendrá mi hija me duchará y ya estaré duchada para mañana, eh. Es una hija. Pero la nuera ya es otra cosa.*

*E: Agobia más*

*P: Sí*

*E: Pero lo hace de corazón...por lo que me dijo... con el hijo, tiene buena...*

*P: Sí, pero es lo que yo le he dicho hoy: 'tienes la ducha muy pequeña', dentro no caben dos, has de tener la puerta abierta...*

*(...)*

*P: Que yo a mi casa ya no iré, eso ya lo tengo..., porque ya hace un año que estoy con ellos. Yo iba cada mes, cuando venía aquella chica a fregar, eh, y yo me hacía mi habitación y aquella chica hacía el comedor, lo hacía todo, eh. Y me entretenía, arreglaba las flores, eh, fregaba el váter, fregaba mi habitación, porque tenía que fregar y ya está...*

*(...)*

*P: O recuperación en algún sitio, eh, no sé...porque mi nuera trabaja por la mañana, mi hijo también trabaja y yo tengo que quedarme sola...hasta el mediodía, hasta la una no sale mi nuera, a la una y media sale mi hijo que trabaja aquí en S y vivimos en C.*

*E: ¿Le da una poco de miedo, también?*

*P: Yo, en la calle sola, tengo miedo. Yo no saldré a la calle, ya se lo dije 'Oh buscaremos a una chica que no sea muy cara, a ver, que le enseñe arriba y abajo un poco', eh,... pero hijo mío, yo de dinero, tampoco tengo...*

*E: Bueno, pero una chica que el día que quiera salir la acompañe, no es mala idea.*

*P: Me acompaña a la esquina, y a la otra esquina, eh? Que esté una hora o dos horas, eh*

*E: Que le dé el aire...*

*P: Eh, sí. Pero yo sola, tengo miedo...*

*E: Ir a su casa...pero es que ahora por ahora, ir sola, aún es pronto...*

*P: No, no, pero es que no puedo ir.*

*E: Claro.*

*(...)*

*Se echa a llorar*

*P: Y ya está y no sé...y yo digo: ' Madre de Dios, ¡tantos días! ' y que me duela tanto cuando ando...*

*E: ¿Y qué piensa de esto? ¿Qué le viene a la cabeza?*

*P: Ay, no lo sé hijo mío...no lo sé...pienso que no saldré...y yo qué sé...*

*E: ¿Que no saldrá?*

*P: ¡Que va!*

*E: ¿Qué quiere decir?*

*P: Que no caminaré como caminaba antes. No hijita, no... yo no tengo demasiados ánimos ...no... , se me hace una montaña, una montaña... sabe. Y cuando veo que me lo tienen que hacer todo, aún me pongo más nerviosa de lo que estoy.*

*E: ¿Se siente nerviosa?*

*P: Sí...*

*E: También.*

*P: Por la noche a veces, eh. Me tienen que traer una tila porque no, no duermo. Se fue aquella muchacha de aquí...dije: ' a ver si puedo dormir ya... '*

*E: Y no.*

*P: Porque no, no, no... Entonces cuando me dormía venían las enfermeras: 'Venga, P032, tome éstas dos pastillas'. Entonces te vuelve a costar...que ya no duermes. Además te giras de un lado. Te giras de otro...no estás bien en la cama tampoco. Pero que le haremos. A ver mañana, si con la cama de casa puedo dormir. Pero lo que me enfada más de todo, es que hay personas que se van a dormir, bueno, se van a las 11, irán al lavabo y hasta el día siguiente*

**Estudio empírico - Resultados**

*no harán nada. Pero a mí me ponen a las 9 en la cama, ya he ido al lavabo, pero a las 11 ya vuelvo a tener otro pipí. Tienes que gritar, eh. Pues entonces de madrugada tengo que tener otro. Según el agua que..., ya no bebo mucha agua, pero ya me dicen que tengo que beber agua. Si bebo agua, cada vez tendré que bajar para ir a hacer el pipí. Y el viernes cuando me fui a casa de mi hija, que estuve hasta el domingo, ya no encendí la luz, me desperté, me fui con el (inaudible), y me fui al váter. Y dos veces. Mi hija me oyó la primera, no me dijo nada, yo ajusté mi habitación para la luz y me fui al tumbar, me fui al váter, eh, esta es la pega, que tengo más. Porque yo antes que era más joven, iba al váter y me acostaba a las once, once y pico y hasta la mañana, cuando me levantaba, no iba al váter.*

*(...)*

*P: Y ahora, lo que me ha dicho mi hijo: ' Mamá, si llaman no se mueva, si llaman al teléfono tampoco se mueva'. Que deje que llamen, eh. Porque, que llamen a la puerta y no abra nadie...eso no, tampoco es...Me levantaba, me lavaba, me hacía la cama, me lavaba las braguitas y ya estaba, y...me arreglaba y me iba a la calle, me iba a la plaza con amigas...Eh Y...estaba cansada y me sentaba allí en un banco, que hay muchos bancos dentro de la plaza. Y entonces venía gente que conozco y hablábamos y a las dos y poco ya me iba para casa, que entonces mi hijo ya salía del trabajo y venía en V y ya está.*

*E: Claro, pero esto, ahora mismo, no puede ser.*

*P: No, y en casa tampoco.*

*E: Ahora no puede ser, ahora no.*

*P: No. Yo ahora... me tiene que llevar una persona que me acompañe.*

*E: Por ahora sí.*

*P: Sí, pero bueno, ¡qué le haremos!..., con paciencia dicen que se cura todo.*

**Estudio empírico - Resultados**

E: *¿Actualmente se siente inútil?*

P: *Hombre, sí me siento inútil porque no puedo hacer nada. Yo, me gusta mucho hacerme cosas, ropa, arreglarme y... arreglarme mucho y veo que no puedo y... me siento... digo: '¿será posible quién he sido yo?... que cosía para la calle, que cosía para las amigas y ahora no puedo ni para mí...' Ay madre... qué vida..."*

(...)

E: *¿Se siente desanimada, deprimida o sin esperanza?*

P: *Hombre... no..., esperanza ya tengo poca, porque estoy muy mal y que..., tengo muchos años, tengo 90 años, eh*

E: *Ya, ya, ya...*

P: *Y es duro, esto... Pero mira voy aguantando... Como tiene que ser así, qué voy a hacer... Ay...*

**PRISM 34:**

P: *Hombre, no me preocupa nada más que, claro... que tenga que estar en casa... Ya... (Inaudible), mi hijo también, está trabajando, y ahora cuando antes de romperme la cadera, pues yo le hacía la comida, comíamos y cuando iba a comer, pues tenía la mesa puesta. Aunque con..., doliéndome la rodilla...*

E: *Pero lo hacía todo...*

P: *Lo iba haciendo... sí...*

E: *O sea que le preocupa hacer falta en casa... ¿No?*

P: *Exactamente.*

(...)

P: *Pues... (Resopla)... ¿qué quiere que le diga?... Yo, la preocupación que tengo también es esto, no sé si lo hago mal o bien, porque claro mis hijos*

**Estudio empírico - Resultados**

*están trabajando, y yo mira ahora me traerán la comida, que no hasta que viniera. Por la noche viene otro también, no me hace falta, a ver si me entiende, si hace falta las personas, ¿no? A lo que voy, lo que voy es a mí, yo tengo hijos muy buenos... Y..., me preocupa porque dejan el trabajo por la noche, y tienen que venir... ¿Me entiende?*

*E: Sí...*

*P: Y ahora deja el trabajo, tiene una hora para comer y tiene que venir aquí y de aquí al trabajo... Y eso, yo les digo: ' No vengáis...'. Me preocupa, esto me preocupa... Yo les digo: ' No vengáis tanto, venís un día o dos o tres a la semana, o cuatro, pero no vengáis así cada uno, o eso, cada uno lo que queráis...' Yo se lo digo así claramente... Y yo poniéndome la comida aquí, yo como... y no tienen ellos que estar, pa acá y pa allá... porque pueden pasar muchas cosas, con el coche pa acá y pa allá... ¿Me entiendes? Eso es lo que me preocupa....*

**PRISM 35:**

*P: Ahora, ahora ya me falta nada más que... ya he probado dos veces, pero no me quiero refiar tampoco mucho, por si, porque la doctora me lo dijo: ' tú, cuando tú veas que ya puedes soltarte, en tu casa misma, que vayas alrededor de la mesa del comedor, cogiendo de las sillas o con eso, pero no te refíes tampoco mucho porque podrías caer, eh ', digo: ' ¿Uy, Dios me libre, Dios me libre que me caiga otra vez, Dios me libre! ', eh. Porque pasé mucho, mucho dolor, mucho dolor, mucho dolor... O sea, que a ver lo que, a ver..."*

*(...)*

*E: ¿Ella (su hija) está separada?*

*P: Hace 16 años ya. De la noche a la mañana dijo él que se iba, que se iba, después de 17 años de matrimonio, 4 de novios y se marchó. Pero bueno, dejémoslo estar porque no... (llora)*

*E: Oh, pero le hace llorar, eso...*

*P: No vale la pena...*

*E: Pero le hace llorar a usted.*

*P: Sí, a mi sí que hace llorar. Porque mire, hasta los vecinos, mi familia, no se lo creían que la había dejao... No lo, no se hace, no se hace ni, porque parecía buen chico, que iba siempre con mi hija, con los hijos, porque es fotógrafo, vive en I ahora, es fotógrafo, y todo, no se lo creían... porque entró, mi hija cumplió los años en febrero, el 17, la nena el día 21 de enero con 4 años, mi nieta. Y dijo, entró una mujer, que había estado ya con tres o cuatro tíos, quince años, diez años mayor que él, que luego también le duró dos días pero bueno, la cosa es que el matrimonio lo hecho a perder ella... (E: vaya, lo siento) Porque él también quiso, porque si no, no lo hubiera, si no, ¿me entiende? Y claro mi hija pues se casó con... porque yo me quedé viuda muy joven, con 34 años, mi hija tenía 7 años (E: madre mía) eh O sea, que ya ves, hace ya 48 años...*

*E: Eso sí que hace sufrir, ¿no?*

*P: Sí, eso... y yo digo, que si lloré cuando murió mi marido, también cuando se separó mi hija lo pasé muy mal, eh Muy mal, muy mal. Y por eso no quiero ni hablar de él ya...*

*E: Bueno, pues no hablemos de él, eh*

*P: No, ya está. Qué sea lo que Dios quiera. Y ahora estamos mi nieto, mi nieta y mi hija y yo en la gloria. Ella trabaja, va haciendo lo que puede. Porque claro, cerraron la empresa y pa su faena no lo encuentra y va haciendo lo que puede. Y mi nieto también trabaja, está fijo. Y la nena estudiando en la universidad. O sea que... Y yo pues con mi retiro, vamos tirando también...*

*(...)*

*E: A usted pocas cosas la asustan a estas alturas...*

**Estudio empírico - Resultados**

*P: ¡Nada! Porque he trabajado lo que no está, se puede figurar, muchas dicen: 'Uy es que he trabajado mucho! 'yo me callo... He trabajado en la P, en la fábrica, cuando me vine aquí, porque allí he trabajado más de 50 años, de soltera y cuando me casé plegué, pero luego iba Sábados, Domingos, cuando había bodas y todo eso, pa servir las mesas, ¿no? O sea que ya, más no puedo pasar... más no puedo pasar...*

*E: Escuche... y ahora haberse roto el fémur, ¿se lo ha hecho pasar mal? ¿El haberse roto el fémur?*

*P: Bueno, que me hice mucho daño, sí que mucho...*

*E: Una cosa, dolor...*

*P: Dolor.*

*E: Pero pasarlo mal para...*

*P: No, mal, nooo... No, no. Y me ha dicho el médico, los médicos, que me ha ido muy bien todo, porque me quitaron las, los puntos, en seguida... En fin, todo ha ido muy bien...*

*E: Todo ha ido bien... bueno....*

*P: Y yo pues, ya ahora, ya... Cuando me acuerdo de las cosas, pues sí que lloro y me da de eso, pero lo demás no, porque estamos muy felices todos los cuatro, y ya está.*

*E: ¿No se siente triste ahora?*

*P: No, no, no.*

*E: No...*

*P: No, gracias a Dios no...*

*E: ¿Y nerviosa? ¿Está nerviosa?*

*P: No.*

*E: Tampoco...*

**Estudio empírico - Resultados**

*P: No, porque nerviosa ahora ya no..., puedo decir estar nerviosa por nada...*

*E: No...*

*P: No...*

*E: Vale*

*P: Porque gracias a Dios, yo cobro mi retiro y vamos bien. Mi nieto trabaja y (...)*

*E: Y las cosas van bien...*

*P: Y mi nieta está estudiando...*

*E: Muy bien...*

*P: Y mi nieto también...*

*E: Eso es lo importante...*

*P: Sí. Y es muy buena persona, no es porque sea mi nieto, porque muchas dicen: ' Oh, es amor de abuela'!... No. Es un nieto que... que vamos... que se puede contar con los dedos. Trabajador, bueno, vamos... Y la nena, pues estudiando en la universidad.*

*E: Me alegro mucho...*

*P: Y mi hija, pues como le cerraron la fábrica, pa qué no le voy a decir, pues no es ninguna vergüenza, encontraron unas casicas muy buenas, eh*

*E: Mh...*

*P: Iba haciendo horas... ahora claro al operarse no, ha estado un mes de baja ¿no? Pero ha encontrado una casa muy buena, la quieren mucho. No es porque sea mi hija, pero es limpia, trabajadora y todo. Y lo que tengo yo con mi retiro, pues, no nos sobra pero tampoco nos falta, gracias a Dios...*

*E: Y todo eso ha salido de usted ¿eh?*

*P: Vaya...*

*E: Que bonito...*

*P: Yo muchas veces le digo a mi nieto: ' R, porque tienes una madre' Porque es mi hija, que tiene 27 años mi hija, se quedó con 7 años sin padre. Dice: 'Que sí yaya, como mi madre no encontraría ninguna a ningún lado...'*

### PRISM 36

*P: Y...sí, claro, piensas muchas cosas de casa, cuando vayas a casa, cuando...en fin, que das molestias a los hijos...que...quiero decir, piensas una serie de cosas, y quizás al dormir poco...más...porque después la cabeza no para de eso...*

*E: Va trabajando, eh*

*P: Por dolor, no, no me ha quitado el sueño.*

*E: Mm...Pero sí que le preocupa, esto, ¿no?*

*P: Hombre, un poco, claro que me preocupa, porque bueno..., después lo que me queda, yo veo, es terror a caer...Terror, terror, eh, de volver a caer. Ya tenía mucho miedo de caer, y ahora al haber caído y al haberme pasado esto, pues ahora sólo el pensar que tengo que andar con el taca-taca y cruzar la calle..., porque en el piso, el piso, aquí tienes el pasillo este, pero en casa en el piso chocaré con todo...pues pensar que tengo que bajar a la calle, tengo pánico...*

*E: ¿A volver a caer?*

*P: Sí, tengo pánico a bajar a la calle. Y las caídas dentro de casa son peor, porque...*

*(...)*

*P: Hay ratos que sí, hay ratos que sí, eh Claro, también ves problemas...te apetece ir a casa pero también ves los problemas, y hay ratos que sí, que estás*

**Estudio empírico - Resultados**

*triste...hay otros ratos que no...yo pienso: ' No pienses, no pienses', pero hay ratos que sí...*

*E: La veo que se emociona, incluso...*

*P: Sí, porque sí...Y mira que me cuesta, eh Y digo..., porque a veces se lo digo a mi hija mayor: ' querría llorar, y no puedo'. Porque a veces te desahogas, no ahora no, hasta en casa a veces, porque problemas todos tenemos. La vida no es de color de rosa, toda.*

**PRISM 37**

*E: ¿Hay una cosa ahí, que nos está bailando verdad? ¿Quiere hablar de ello o mejor prefiere no hablar?*

*P: Bueno, es mi nieta que me tiene loca... (P2: Es mi hija...). Y la madre... (Ríe).*

*E: La nieta la tiene un poquillo loca... y preocupada...*

*P: No, me tiene su madre, y de paso pues mi niña...*

*E: ¿Es chiquitilla?*

*P: Cuatro años, va a hacer cinco en Mayo...*

*E: Es muy pequeñilla...*

*P: Es muy pequeñilla...*

*E: ¿Algún problema de salud?*

*P: No... Es una situación de separación...*

*E: Vale...*

*P: Y el padre no se porta muy bien... Pues eso es lo que me trae loca...*

*E: Y eso la entristece más que todo lo que hemos hablado antes...*

*P: Sí...*

*(...)*

**Estudio empírico - Resultados**

*P: Ya ves, estoy deseando que lleguen vacaciones para escoger la (inaudible). He estado mirando apartamentos en (inaudible) que hay actividades para niños. Pero hay que subir unas poquitas escaleras... Yo ya no sé si podré subir unas poquitas escaleras...*

*E: ¿Para cuanto eso?*

*P: En Julio...*

*E: ¿Unas poquitas escaleras en Julio?*

*P: Sí...*

*E: ¿Cuántas poquitas escaleras?*

*P: No sé... (P2: En principio hay tres pisos...) No dos, uno... al que le tocó es uno... (P2: Pero al que a él le han asignado son tres pisos) Ah, tres pisos...*

*E: Bueno...*

*P: Pueden ser, cinco... cinco, diez... quince escalones con rellano...*

*E: ¿Quince escalones por piso?*

*P: No... no, en total.*

*E: ¿En total?*

*P: En total...*

*E: ¿En Julio? Yo creo que lo hará...*

*P: Claro... yo ya me veo subiendo, con una silla, o lo que sea...*

*E: Pero eso es diferente, porque en Julio dice: ' Yo estaré subiendo esas escalera'" ¿Sí? Es verdad, ¿no?*

*P: Y mirando en la piscina que se ve desde el balcón... (Interrupción teléfono)*

*E: Ah... Yo creo que en Julio, P037, podrá subir quince escalones...*

*P: Y si no que me suban con una silla...*

*E: Y si no la subirán con una silla...*

### 7.13. Análisis de las respuestas a los cuadernos de opinión del paciente

Se cumplimentaron y recogieron un total de 17 cuadernos de opinión (35% de los Incluidos).

Los resultados de las respuestas de las escalas tipo Likert se recogen en la tabla siguiente.

Tabla 28. Resultados a las preguntas con respuesta tipo Likert del cuadernillo de opinión del paciente.

	Bajo	Medio	Alto	Nota final ponderada (media)
Comprensión de los cuestionarios	1	5	11	1,6
Esfuerzo requerido	15	1	1	1,8
Percepción del tiempo como largo durante la entrevista	13	3	1	1,7
Recuerdo de la tarea PRISM (n=13):				
Dificultad comprensión	8	1	2	1,3
Dificultad de ejecución	3	6	2	0,9

Trece pacientes contestaron las preguntas de lo que recordaban acerca de la tarea PRISM y de ellos sólo 6 pacientes comentaron en qué consistía haciendo referencia a su sentido o a la colocación del círculo imantado.

“Si el problema me tocaba muy de cerca o no” (PRISM 21).

Los pacientes escogieron mayoritariamente las opciones positivas sobre las sensaciones respecto al estudio, siendo las más frecuentes el haberse sentido escuchado o entendido, aliviado, respetado como persona y que volvería a participar. (Tabla 29). La opción negativa más frecuente fue “aún no sé para qué sirve el estudio”.

**Tabla 29. Respuestas a las preguntas cerradas sobre las sensaciones respecto al estudio**

<b>Respuestas</b>	<b>Frecuencia de respuesta (n)</b>
Demasiado esfuerzo	2
Me he sentido escuchado, entendido	13
Pérdida de tiempo	0
Me ha puesto triste	2
Demasiado complicado	3
He podido hablar de cosas que me preocupaban	9
Me he sentido aliviado-a	10
Demasiado largo	2
Aún no sé para qué sirve	9
Me ha hecho pasarlo mal	0
Me he sentido respetado como persona	12
Volvería a colaborar	14
<b>TOTAL respuestas POSITIVAS</b>	<b>58</b>
<b>TOTAL respuestas NEGATIVAS</b>	<b>18</b>

**Estudio empírico - Resultados**

Las expresiones utilizadas por los pacientes respecto a la actitud del entrevistador y sus comentarios libres finales se pueden ver a continuación:

**Tabla 30. Expresiones utilizadas por los pacientes respecto a la actitud del investigador y comentarios libres finales**

	Comentarios de los pacientes (entrecomillados si literales)
"Me ha resultado fácil hablar y abrirme por..."	Amabilidad (n=4) Agradable (n=2) Simpatía Sencillez Paciencia <i>"Buena conversadora"</i>
"Sé que me ha entendido por..."	Sus respuestas (n=2) <i>"Eso se nota"</i> <i>"Por la forma de hablarme"</i> <i>"Por la forma de explicarme"</i>
"Tenía prisa por..."	<i>"Pero yo no entendía..."</i> <i>"Porque me tenían que hacer una radiografía"</i>
"Me ha tratado como persona por..."	El trato (humano, respetuoso) (n=5) <i>"Me ha escuchado"</i> <i>"El rato dedicado"</i> <i>"Su forma de hacerme las preguntas"</i>
Comentarios libres	Agradecimiento al equipo asistencial <i>"No sé si podréis sacar provecho de mi opinión"</i> <i>"He pasado dos ratos muy agradables"</i> <i>"Algunas preguntas pueden parecer tontas"</i> <i>"Es una persona que me ha entendido en todo lo que le he contado"</i>

### 7.14. Análisis cualitativo de las entrevistas de sufrimiento

Se analizaron las entrevistas llevadas a cabo para la administración de los instrumentos a los primeros 42 pacientes que tomaron parte en el estudio.

Los temas emergentes de dicho análisis son los siguientes:

### 7.14.1. Aceptabilidad del estudio entre los participantes

Los retos relativos a la aceptabilidad del estudio entre los participantes se pusieron de manifiesto, fundamentalmente, en cuestiones cómo:

A. La dificultad de comprensión de la tarea PRISM y/o de los ítems del resto de instrumentos utilizados en el estudio:

*E: Este es el ejemplo que le pongo para que me entienda usted, cómo tendría que poner el disco rojo que es lo que yo le pregunto, que es haberse roto el fémur (P: hombre, yo qué sé...) Vale, ahora vamos al disco rojo. ¿Vale? Usted, dónde me pondría el disco rojo... Usted es esta de aquí ¿vale? la amarilla. Lo importante que es para usted haberse roto el fémur.*

*P: Uy, mucho.*

*E: Mucho. ¿Pues dónde me pondría el disco rojo?*

*P: Mucho, mucho, mucho importante porque estaba muy bien y ahora al tener esto, pues ya está.*

*E: ¿Dónde me lo pondría, de importante?*

*P: ¿Importante? Yo que sé, dónde...*

*E: ¡Usted! Su hija no la mire...*

*P: No, pero es que yo no entiendo esto...*

*E: ¿No? (P: no, no) Pues vamos a hacerlo de otra manera. Ya verá.*

*P: Yo no entiendo esas cosas*

*P015, L32-46 (Mujer de 87 años)*

*E: Habitualmente me doy cuenta de mis sentimientos en diferentes situaciones.*

*P: Bueno es una pregunta muy ambigua esta porque... pf... Muy ambigua.*

*E: Le pongo... ¿Algo de acuerdo?*

**Estudio empírico - Resultados**

*P: De acuerdo... Hay algunas preguntas que son un poco...*

*P001 B, L38-41 (Hombre de 92 años)*

B. La dificultad de la tarea de dar respuesta a las cuestiones planteadas en los términos que requeridos por los instrumentos o, en otras palabras, la dificultad de los participantes de pensar y producir una respuesta en términos de la tarea PRISM o en términos de las escalas numéricas o categóricas requeridas:

*E: ¿Dónde colocaría el disco rojo si es haberse roto la cadera, como usted, pá que yo me haga una idea si lo está haciendo pasar muy mal o no haberse roto el hueso? Cuando más cerca de usted...*

*P: ¿Qué me aconseja, a ver? Ya lo he dicho más o menos...*

*P035 6h, L105-108 (Mujer de 81 años)*

*E: Pienso que merece la pena prestar atención a mis emociones y a mi estado de ánimo.*

*P: ¿Prestar atención a qué?*

*E: A mis emociones a mi estado de ánimo.*

*P: A mi estado de ánimo... pues según con quien no...*

*E: Pues me diría que está algo de acuerdo, bastan...*

*P: Me..., mediano, mediano...*

*E: ¿Algo de acuerdo?*

*P: Mediano, mediano...*

*P026 B, L145-152 (Mujer de 89 años)*

C. La carga que el conjunto de instrumentos utilizados supusieron para estos pacientes en particular, en algunos

**Estudio empírico - Resultados**

casos directamente relacionada con la extensión de los mismos instrumentos en su conjunto:

*E: Vale. Bueno estas... ¡vaya, vaya!, estas preguntas. Pues ya estamos.*

*P: Ay, menos mal...*

*E: ¿Sí? ¿Estaba cansada?*

*P: No, no...*

*E: ¿No?*

*P: No.*

*P004 A, L210-215 (Mujer de 88 años)*

*E: No se acuerda... Marque las frases que están más de acuerdo con sus sensaciones durante la entrevista. ¿Eran demasiado esfuerzo? ¿Ha sido demasiado esfuerzo?*

*P: Un poquico...*

*[...]*

*E: ¿Es demasiado largo, los cuestionarios?*

*P: Sí, un poco.*

*P025 B, L111-113 y L126-127 (Mujer de 88 años)*

D. Finalmente, los malestares que los instrumentos hicieron emerger en el contexto del propio proceso de administración de los mismos, también plantearon retos en términos de la aceptabilidad del estudio. Se trata de casos dónde las preguntas planteadas conectaron con diversos malestares de los pacientes, relacionados o no con su condición, pero sacados a colación a propósito de las preguntas realizadas:

*P: ¡Uy! La importancia más grande de mi vida, ha sido, habérmelo roto.*

**Estudio empírico - Resultados**

*E: Cuanto más cerca del círculo amarillo, es que para usted es más importante. Y cuanto más lejos, es que es menos importante. ¿Dónde lo pondría en este momento? (P2: ¡Encima!) ¡Eh!, usted no se chive (dirigiéndose a hija de paciente)...*

*P: (silencio – coloca el disco)*

*E: Aquí. Perfecto... se puede colocar en cualquier sitio y está bien, eh*

*P: Me lo puedo colocar en el culo, a ver si me se quita el dolor...*

*P025 A, L42-48 (Mujer de 88 años)*

*E: [...] Actualmente, ¿se siente inútil?*

*P: Actualmente sí.*

*E: ¿Por lo que le ha pasado? ¿Quiere explicarme algo, P006?*

*P: No... (llora)*

*E: ¿No? ¿Está bien? ¿Quiere que paremos?*

*P: Tú sigue.*

*E: ¿Sí? ¿Seguro P006?*

*P: Sí, es que soy muy llorona y por eso me siento así...*

*E: Eres muy llorona. Ya queda menos, eh. Actualmente P006, ¿cómo está ahora?, ¿Cómo se encuentra de ánimo? Bien, regular, mal. ¿O usted, qué diría?*

*P006 A, L71-80 (Mujer de 71 años)*

### 7.14.2. Naturaleza del sufrimiento expresado por el paciente

Las expresiones de sufrimiento que emergieron en el seno de las entrevistas se caracterizaron por su integralidad, por tratarse de experiencias globales de sufrimiento, dónde la persona es el

**Estudio empírico - Resultados**

centro y no la condición de salud, y en las cuales no se establece una separación clara entre el sufrimiento causado por la condición de salud y el causado por otras circunstancias o fuentes de sufrimiento.

*P: Yo ahora mismo estoy en un sitio donde no debería de estar... porque me caí y tal, pero yo nunca había estado ingresada. Pues problemas, muchos, mi marido está sordo, se tiene que apañar como puede, tiene casi ochenta años y..., y se siente sólo..., entonces yo estoy muy preocupada por él, estoy deseando salir de aquí, porque por lo menos estaré en casa y bueno, aunque él tenga que hacer cosas y todo esto, pero yo le voy indicando y él va haciendo [...] Pero claro, al estar yo fuera..., pues él se siente perdido, y es una gran preocupación mía...*

*E: ¿Es lo que más le preocupa?*

*P: Sí, ahora mismo, es eso lo que más me preocupa...*

*[...]*

*E: Eh, pero usted volverá a ser de movilidad la de antes, eh*

*P: Eso es un factor muy importante...*

*E: Seguro que ayudará, eh.*

*P: Ayudará porque ayudaré a mi marido, que mi marido está el pobre... Mi hija le dijo, mi hija le dijo: ' me echáis de menos, mucho, me siento muy sólo...' Entonces la otra le dijo ' bueno, ¿qué quieres que haga yo para que no te sientas sólo?... ' Lo siento pero claro, ella tiene su vida...*

*E: Su vida...*

*P: Ya... así que aguantaremos lo que Dios nos eche y ya está, no hay otra. Lo siento...*

*E: Por Dios...*

**Estudio empírico - Resultados**

*P: Lo siento, porque... (inaudible) Esto si es superable, a veces... pero creo que la droga no. (llora) Te arruina económicamente, psíquicamente, te destruye totalmente, destruye la familia... lo destruye todo... Y no se dan cuenta, casi con 40 años que tiene ya, va a cumplir 38... y está fumando porros y todo eso desde los 15 años... Todo lo que había que probar, lo ha probado... Esto... todo, no se ha privado de nada... ¡En fin! Veremos a ver qué, qué puede pasar y cómo salimos de todo esto. Lo que pasa es que te ves encerrada en un pozo sin..., sin salida..., un pozo negro, y no ves salida por ningún sitio... Y hay días que bueno, estoy más..., pero, si ellos están aquí, me aguanto y pongo buena cara, sobretodo mi marido, si está aquí, estoy bien y estoy muy bien y tal... pero él me conoce como yo lo conozco a él... que son 39 años juntos y da pá mucho. Dá pa mucho... En fin... Venga...*

*P018 C, L17-31 y L260-280 (Mujer de 71 años)*

En este sentido, el sufrimiento que se podría asignar a la condición de salud no es separable del sufrimiento causado por otras circunstancias, que en ocasiones preceden o incluso son más centrales que la propia condición de salud.

*E: [...] ¿Hay algo que le preocupe?*

*P: Pues me preocupa eso, que estoy fuera de mi casa y yo hago falta en mi casa. (llora)*

*E: ¿Se preocupa por su marido, porque no pueda estar bien atendido?*

*P: (entre lloros) Pues sí, pues sí. Porqué mi marido tiene 4 cosas: azúcar, los bronquios, el corazón (E: Mm), el Parkinson. (E: Mm)...,es que estoy preocupadísima por él, porque cuando está solo, come lo que no tiene que comer.*

*E: Ya.*

*P: (entre lloros) Y después me preocupo...,*

*[...]*

**Estudio empírico - Resultados**

*E: Es lo que le preocupa, eh, su marido. (P: Sí) Aparte de cómo está usted, su marido, eh*

*P: Principalmente me preocupa eso.*

P006 A, L88-102 (Mujer de 71 años)

De este modo, elementos tales como el destino, el rol de cuidador/a u otras responsabilidades familiares, la situación económica, la soledad, el aislamiento o el sistema de relaciones personales y familiares están igualmente presentes en las expresiones de sufrimiento que emergieron durante las entrevistas.

### 7.14.3. Dificultades en la administración de los instrumentos

Cómo parte del análisis cualitativo de las entrevistas, también se identificaron elementos que permiten fundamentar un ejercicio de reflexión de carácter evaluativo acerca del proceso de administración de los instrumentos, así como la identificación de dificultades experimentadas en dicho proceso, más allá de las dificultades estrictamente vinculadas al reclutamiento de participantes

En este sentido, una de las aportaciones centrales del análisis cualitativo de las entrevistas, fue la identificación de elementos vinculados a la validez de contenido de los instrumentos, a menudo muy estrechamente ligadas a algunas de las dificultades comentadas anteriormente, cómo la comprensión de los contenidos o la lógica de los instrumentos.

*E: Bueno P007, pues empezamos. ¿Vale? Le vuelvo a preguntar, me gustaría comprender mejor cómo haberse roto el fémur está afectando a su vida en este momento. Para eso le pido que imagine lo siguiente: este tablero blanco es su vida, este disco amarillo es usted, y el disco rojo es haberse roto el fémur. ¿Dónde colocaría el disco rojo, que es haberse roto el fémur, para mostrar la importancia que tiene en su vida en este momento? Cuanto más cerca de usted lo coloque, más importante es. ¿Vale? Entonces... esta es su vida y esta es usted, y esto es haberse roto el fémur.*

*P: ¿En medio?*

*E: Donde usted, donde usted vea (coloca el disco), así de importante es, ¿eh?*

*P: Sí.*

*E: Explíquemelo un poquito.*

*P: ¿El qué?*

**Estudio empírico - Resultados**

*E: ¿Por qué lo ha colocado aquí?*

*P: Lo he colocado aquí porque... pues porque... es donde me rompí el fémur.*

*P007 CF2, L1-14 (Mujer de 87 años)*

Las formas de resolución de la incertidumbre generada por la dificultad de comprensión de los contenidos o tareas, en algunos casos pueden haber precipitado las respuestas con el fin de no prolongar lo inconfortable del "no comprender":

*E: El tablero blanco representa su vida (P: Sí), el disco amarillo es Usted y el disco rojo es haberse roto el fémur. (P: Sí). Entonces, ¿dónde me colocaría el disco rojo, haberse roto el fémur, para mostrar la importancia que tiene en su vida en este momento?*

*P: Pues bien grande, ahí, bien grande y bien encima. Quiero decir, porque ahora...*

*E: Esta es Usted...*

*P: Sí, sí, pues grande, grande....*

*E: Grande no, ¿es que me lo coloque?*

*P: Ah es que lo colo..., Ah, pues bueno, aquí mismo. Es igual, ¡yo qué sé!...*

*P012 AB, L21-29 (Mujer de 66 años)*

En otros casos, a pesar de los esfuerzos de los investigadores por trasladar el significado de los ítems o tareas, puede resultar problemático asumir que lo que la persona está respondiendo es lo mismo que lo que el instrumento pretende medir:

*E: Mire, le pongo un ejemplo ¿vale? le pongo un ejemplo... Imagínese, eh, que este disco azul es el dinero ¿vale? Y hay alguna gente que el dinero es muy importante para ella, ¿vale? entonces me pondría el disco azul en medio ¿vale? Porque es muy, muy importante para ella. Otras personas, el dinero no es tan importante, entonces me lo pone por aquí. Y otras personas, el dinero*

**Estudio empírico - Resultados**

*no es nada importante, entonces lo pone aquí. Entonces, ahora a usted le pido, a usted le pido, que..., el disco rojo, es haberse roto el fémur, cuánto importante es para usted, me lo coloca...*

*P: Muy importante.*

*E: Muy importante.*

*P: No sé si lo hago bien o mal, no sé, es que no lo sé. Para mí es muy importante.*

*E: Usted es este.*

*P: Ya... Y este lo tengo que alejar, porque yo de dinero nada.*

*E: No, pero el dinero es un ejemplo (P: Ya... ya) entonces, si no es nada importante el dinero lo hemos alejado (P: alejado) y si es muy importante lo hemos acercado.*

*P: No, no, no, no, fuera, de dinero para mí, no...*

*E: No, no, pero que esto es el fémur.*

*P: ¡Ah, bueno!, sí ha sido muy importante, porque he aprendido muchas cosas, muchas, que eran necesarias espiritualmente para mí.*

*E: Vale, pues lo dejamos aquí.*

*P: Lo dejamos aquí.*

*P001 CF0, L33-52 (Hombre de 92 años)*

Otra de las dificultades experimentadas durante la administración de los instrumentos está relacionada con la complejidad que caracteriza las expresiones de sufrimiento que emergieron durante las entrevistas. En este sentido, el análisis cualitativo puso de manifiesto cómo dicha complejidad y los elementos o las múltiples facetas del sufrimiento expresadas por los participantes no pueden ser medidas con los instrumentos

**Estudio empírico - Resultados**

utilizados o reorientan lo que el instrumento en realidad está capturando:

*E: Le enseñó otra vez el cuadro blanco (P: Sí) con el círculo amarillo que es usted, el blanco es su vida y el haberse roto el fémur es el rojo.*

*P: El rojo, bueno... Haberme roto el fémur para mí ha representado muchísimo, por muchas cosas; estar aquí, en vez de estar en casa, pero sin embargo como yo en mi conciencia sé que ha sido por algo que no he hecho bien, eh... aplicooo... ahhh...*

*E: ¿Aquí? Perfecto*

*P: Lo aplico aquí porque sé que lo merezco... Ha sido una cosa que ha sido así. Ha venido porque tenía que venir, pues alabado sea Dios, que me reponga pronto bien y pueda salir (E: muy bien) pero no..., detesto de nada de lo que me ha pasao... me lo tengo merecido.*

*P001 F2, L4-12 (Hombre de 92 años)*

Finalmente, la última dificultad evidenciada en el análisis cualitativo tiene que ver con el uso de métodos y técnicas fijas para investigar el sufrimiento. Este tipo de estrategias plantean un modelo de comunicación unidireccional, donde el instrumento pretende medir, sin embargo el paciente plantea una situación comunicativa dialógica, en la cual se están manejando elementos que causan sufrimiento a la persona. En este sentido, tales situaciones permiten poner de manifiesto los principios éticos que deben guiar la investigación del sufrimiento y, en qué medida, se puede identificar un elemento de sufrimiento sin atender al diálogo y la escucha que demanda el sujeto investigado:

*E: ¿Actualmente se siente inútil?*

*P: Uh, total.*

*E: Totalmente.*

**Estudio empírico - Resultados**

*P: Total, total. Yo estoy, siempre he sido una persona muy... (E: Activa) Activa. Muy, muy, muy, muy pero muy. (E: Mh) Y ahora soy una verdadera inútil. Me siento totalmente...*

*E: Se siente totalmente inútil.*

*P: Tener que depender de los demás es la cosa peor que puede ser en la vida.*

*E: Mh. Ahora con esto, vale.*

*P011 A, L56-63 (Mujer de 79 años)*

*E: [...] No está nada de acuerdo, está algo de acuerdo, bastante, muy o totalmente de acuerdo: 'Frecuentemente puedo definir mis sentimientos'.*

*P: Hombre claro, yo podría hacer lo que quisiera...*

*E: ¿Pero puede explicar lo que siente?*

*P: ¿Sabes qué siento a veces? Ganas de levantarme, tomarme todas las pastillas y dormirme...*

*E: (suspira) Eso no es un sentimiento...*

*P: ¿Eso, qué es?*

*E: Eso es un deseo ¿no?*

*P: Ah, un deseo...*

*E: A ver esta: 'Aunque a veces me siento triste, suelo tener una visión optimista'.*

*P025 B, L49-62 (Mujer de 88 años)*

## 8. Discusión

Merece la pena recordar que el cuidado de la salud de los individuos no puede ni debe orientarse exclusivamente a los problemas biomédicos (Stewart, 2001; Tinetti & Fried, 2004), menos aún cuando se trata de ancianos (Diener et al., 2013).

La investigación en la población anciana presenta mayores dificultades, pero es indispensable para asegurar su mejor atención (Lindquist et al., 2014).

Las cuestiones a investigar deben tener en consideración de manera indefectible la visión de la propia persona, en este caso del anciano, deben serle pertinentes o relevantes (D. B. Reuben & Tinetti, 2012) y contemplar resultados que incluyan todas las esferas de la persona: funcional, cognitiva y social (Tinetti et al., 2011).

Ante la gran heterogeneidad de la población anciana, la individualización en cada caso resulta imprescindible (Griffiths et al., 2015), cobrando especial sentido la expresión: "*one size does not fit all*"<sup>5</sup> (Lindquist et al., 2014).

La detección y alivio del sufrimiento de los enfermos es uno de los fines de la medicina actual (Hastings, 1996), esto es especialmente relevante en el caso de pacientes crónicos y ancianos (Callahan, 2000) o de los pacientes al final de la vida. Para lograr este objetivo no se precisan sólo instrumentos adecuados, sino que es necesario contar con profesionales con los conocimientos, actitudes y habilidades oportunas en cuanto a comunicación, ética y humanismo (Clèries, 2006; Frank, 2005; Krikorian, Limonero, & Maté, 2012; Sarrado, Clèries, Ferrer, & Kronfly, 2004). No se trata de una elección personal sino de una obligación ética y profesional (E. J. Cassell, 1991; Williams et al., 2007), exigida por los sistemas de salud (Generalitat de

---

<sup>5</sup> "Una única talla no sirve para todos"

Catalunya, Departament de Salut, 2012b; Ministerio de Sanidad, 2012) y por los propios pacientes (Generalitat de Catalunya, Departament de Sanitat i Seguretat Social, 2003; Íñiguez Rueda et al., 2007).

Es por ello que la formación en dichas áreas resulta tan imprescindible como en la específica de cada disciplina. Esto también es aplicable para todo aquel que pretenda investigar en geriatría.

Teniendo presente este contexto, la discusión de los resultados de esta tesis que se articula sobre dos temas principales:

- El sufrimiento del paciente anciano ingresado por fractura de cadera.
- Las dificultades relacionadas con el uso de instrumentos en la población objeto de estudio.

## 8.1. El sufrimiento de los pacientes ancianos ingresados por fractura de fémur

Los pacientes de este estudio, todos ellos ancianos, se encontraban en una situación subaguda tras la fractura de cadera, habiéndose realizado la entrevista, de media, a los catorce días desde la intervención quirúrgica.

Este apartado se va a abordar desde dos perspectivas diferenciadas: aproximación cuantitativa y cualitativa.

### 8.1.1. Aproximación cuantitativa con instrumentos

Si sólo atendiéramos a los resultados cuantitativos del estudio se podría argumentar la presencia de sufrimiento con los resultados del instrumento *Pictorial Representation of Illness Self Measure* (PRISM) (Buchi et al., 2002; Krikorian, Limonero, Vargas, et al., 2013) y del cuestionario Detección del Malestar Emocional (DME) (Limonero et al., 2012).

**Estudio empírico - Discusión**

Los pacientes en los que se evaluó el sufrimiento mediante el PRISM obtuvieron un valor promedio de distancia SIS cercano a los 6 centímetros. Este resultado podría considerarse indicativo de sufrimiento pues, aunque no se disponga de punto de corte, su rango va de 0 a 27 centímetros y cuanto menor es la distancia, mayor es el sufrimiento experimentado por la persona. (Buchi & Sensky, 1999)

Los factores que mostraron una correlación ( $R^2=0,565$ ) con la presencia de sufrimiento medido a través del PRISM fueron:

- el grado de malestar emocional
- la autonomía previa para las actividades instrumentales de la vida diaria
- el grado de comorbilidad

Sin embargo, si analizamos más profundamente estos resultados y tenemos en cuenta el grado de comprensión del instrumento por los pacientes, se observa que la distancia SIS en los pacientes a quienes se ha administrado el PRISM y que cualitativamente se ha valorado como que no lo comprendían era cercana a 10 centímetros mientras que en los que sí lo comprendieron era de aproximadamente 4 centímetros. Cabe la posibilidad de que quien no comprendía la tarea tendiese a escoger un valor que no le obligara a tomar partido y, por tanto, colocase el disco en una posición más centrada, hecho ya observado en otros estudios en población anciana (Hall & Beatty, 2014). Los resultados obtenidos podrían estar, de esta forma, sesgados a la baja y dejar de detectar el sufrimiento real del paciente.

En cuanto al malestar emocional evaluado mediante la escala DME original, en más del 80% de los casos el resultado resultó indicativo de su presencia.

Los factores correlacionados con dicho malestar con un  $R^2=0,528$ , fueron:

- la ansiedad,
- la dependencia previa para actividades básicas de la vida diaria (ambos relación directa) y
- el número de síndromes geriátricos previos (relación inversa).

En aquellos pacientes en que se usó la escala verbal categórica del DME y se preguntaba al paciente por ejemplo, si su estado de ánimo era bueno, regular o malo, más del 60% no escogieron la opción "bueno". Lo mismo sucedió cuando se preguntó por cómo lleva la situación. Esto datos nos indican que, aproximadamente, un 60% de ellos manifestaba malestar emocional o sufrimiento.

Se ha encontrado un paralelismo entre el sufrimiento medido con ambos instrumentos -PRISM y DME- por lo que, obviando el escaso porcentaje de pacientes de esta población que puede ser evaluado mediante el PRISM, este hecho nos indica que ambos instrumentos se podrían usar para evaluar dicho constructo y que el uso de uno u otro dependería en parte del estado funcional y cognitivo del paciente.

También existe correlación entre malestar emocional y el grado de ansiedad. Pero es remarcable que no se ha encontrado asociación con otras variables psicológicas o de personalidad, incluida la depresión.

Por otro lado, las únicas otras asociaciones encontradas han sido con variables relacionadas con la valoración geriátrica integral, más concretamente las referentes a la función previa, el grado de comorbilidad y la presencia de síndromes geriátricos.

Pero sería necesario analizar más en profundidad estas últimas asociaciones que a priori podrían parecer contradictorias: sufren

**Estudio empírico - Discusión**

o tienen más malestar los que puntúan peor en la escala Charlson, mejor en Lawton, peor en Barthel y menos síndromes geriátricos tienen. Una hipótesis podría ser que el sufrimiento o malestar aumenta en las situaciones extremas de la población anciana distribuida según el grado de vulnerabilidad, de forma que sufren más aquellos previamente más robustos (con más autonomía previa para las actividades instrumentales de la vida diaria y con menos síndromes geriátricos) y aquellos menos robustos o más vulnerables (con menor autonomía para las actividades básicas de la vida diaria y más carga de enfermedad). En este estudio no se han recogido suficientes datos como para aplicar satisfactoriamente una escala multidimensional de fragilidad y se ha optado por no aplicarla a posteriori. Por otro lado los pacientes que pudieron ser entrevistados resultaron ser a su vez los más robustos entre la población de ancianos con fractura de cadera. Las asociaciones que pudieran existir en la población a estudio, por tanto, no pueden ser extrapoladas, aunque podría interpretarse que debe existir sufrimiento y que éste debe ser relevante, pese a no haber podido ser cuantificado en este estudio.

Podría concluirse que debería sospecharse el sufrimiento en los ancianos previamente más robustos y también en los más vulnerables. No obstante, consideramos más oportuno concluir que debiera considerarse en todos los casos. La valoración geriátrica integral centrada en la persona también puede servir para hacer sospechar la presencia de sufrimiento en los ancianos con fractura de cadera.

Como ya se ha expuesto en el marco teórico las variables psicológicas depresión y en menor medida ansiedad, sí que han sido estudiadas cuantitativamente como sinónimo de *distress* psicológico o emocional de los pacientes con fractura de cadera

**Estudio empírico - Discusión**

(Houldin & Hogan-Quigley, 1995). En el presente estudio se ha obtenido su prevalencia en el periodo subagudo: 65% para depresión -evaluada mediante la escala de Yeasavage-, más elevada que la encontrada en revisiones de la literatura (J. D. Holmes & A. O. House, 2000) pero similar a otros estudios más recientes (Lenze et al., 2007; Shyu et al., 2009), y 60% para ansiedad -evaluada mediante la escala GAI- muy superior al 25% del estudio de Bruggemann (2007). Hay que insistir de nuevo en que no se ha encontrado asociación entre presencia de sufrimiento o malestar con depresión. Estos datos vuelven a corroborar el carácter multidimensional e individual del sufrimiento y permiten argumentar que se debe ser riguroso a la hora de definir el objeto de atención clínica o de investigación, especialmente entre los médicos: el sufrimiento no es dolor físico, ni siquiera depresión o ansiedad; el sufrimiento afecta a la globalidad de la persona (Bayés et al., 1996; Krikorian & Limonero, 2012).

Debiendo prestar atención al sufrimiento de los ancianos con fractura de cadera, la pericia profesional centrada en las necesidades del paciente parece difícilmente sustituible por un único instrumento.

### 8.1.2. Aproximación cualitativa

Mediante el análisis cualitativo del discurso de los pacientes cuando se realizaba la entrevista se desprende también la existencia de sufrimiento.

- Los motivos expresados por los pacientes que rechazaron participar en el estudio junto con la impresión del investigador ponen en evidencia la presencia de sufrimiento en estos pacientes. Sufrimiento que, pese a llegar a provocar en gran

**Estudio empírico - Discusión**

parte dicho rechazo, hubiese pasado desapercibido de no haberse recogido en detalle dichos motivos:

*"Yo me encuentro demasiado mal...y triste, me siento inútil"*

*Reg 129 (Mujer de 84 años)*

*"Cuando se está pasando tan mal, a mi edad, no estás para tonterías".*

*Reg 127 (Mujer de 91 años)*

- El análisis de las entrevistas también ha puesto en evidencia la existencia de sufrimiento. Las expresiones del mismo se han obtenido tanto de los pacientes que han comprendido las tareas PRISM y DME como de aquellos que no. De hecho, ciertos matices del sufrimiento sólo han emergido cuando el investigador ha renunciado al uso estricto de los mismos.

Finalmente, todos los miembros del equipo investigador coinciden en que, sin duda, existe sufrimiento en esta población. Se debe recordar que son clínicos asistenciales con competencias profesionales avanzadas y expertos en juicio clínico (Epstein & Hundert, 2002). Igual que la valoración geriátrica integral es la técnica por excelencia para detectar la fragilidad en el anciano (Clegg et al., 2013), la entrevista clínica lo es para detectar sufrimiento (Krikorian, 2008).

Pasamos a comentar los resultados sobre la naturaleza del sufrimiento detectado mediante el análisis cualitativo de las entrevistas.

Éste demuestra que el sufrimiento de los pacientes ancianos con fractura de cadera es integral, dinámico e individual y que los pacientes no hacen una separación clara entre el sufrimiento causado estrictamente por su condición clínica y el causado por otros factores o circunstancias que se relacionan directa o indirectamente con ellos, hecho que demuestra que el

**Estudio empírico - Discusión**

sufrimiento humano está relacionado con la globalidad de la persona.

*E: Y, ¿qué más le preocupa? ¿Por qué me lo ha puesto (el círculo) tan cerca? ¿Le afecta porque piensa en las cosas que no podrá hacer?*

*P: Primero, eso. Segundo, tengo a mi señora con Parkinson. Ya hace más de diez años. Yo cuidaba de ella, por las tardes. Mi hija, una, la tengo muy enferma, ya hace años que está de larga enfermedad total, de los huesos y del..., y la otra ahora se ha quedado sin trabajo, menos mal que se ha quedado sin trabajo y se lo puede arreglar, porque si hubiese estado trabajando no sé cómo lo hubiésemos arreglado... pues esto es lo que me preocupa a mi, no poder hacer lo que hacía antes, no poder estar con mi esposa y cuidarla. Y esto es lo que pienso yo, pienso, claro que digamos que la esperanza es lo último que se pierde, digamos. Pero con los años que tengo, veo que me cuesta tanto la recuperación, esto es lo que más me preocupa, que no podré volver a hacer lo que hacía antes.*

*P029 A, L79-89 (Hombre de 91 años, distancia SIS 6,2 cm)*

El sufrimiento de estos pacientes se caracteriza por su complejidad y su carácter multidimensional y resulta ser inseparable de su contexto vital

*P: ¿Y esto, pa qué sirve?*

*E: Esto para saber cómo afecta la fractura de fémur a las personas.*

*P: Pues tú, imagínate tú... (E: En es...) una mujer con 88 años... ¿Cómo puede afectarle? ¿Eh? Y sola, hace cuatro meses que murió mi marido... y cinco años que murió mi hijo, el único que tenía...*

*P026, A (Mujer de 89 años)*

y circunstancias como: el rol de cuidador/a u otras responsabilidades familiares, la situación económica, la soledad, el aislamiento, la pérdida de autonomía, la falta de control, la incertidumbre o el miedo. Esto se pone de manifiesto en sus

**Estudio empírico - Discusión**

narrativas integradoras donde el sufrimiento asociado a la condición de salud se desprende del contexto global de su propia vida y donde el hilo conductor es su persona, su historia.

*E: La veo preocupada, eh.*

*P: (entre lloros) Estoy llorando porque creo que me voy a quedar así... Si (inaudible) ya me quedo en una silla de ruedas (inaudible) estoy muy preocupada... preocupada, preocupada de esto, estoy...*

*E: Seguro que se le está haciendo largo.*

*P: Muy largo, muy largo.*

*E: Pero no va mal, no va mal. Lo que pasa es que uno se esperaría que fuese todo más rápido, eh*

*P: Yo es que ya he conocido a 4 aquí en la habitación. A 4 personas. Y se han ido y yo me he quedao. Y yo creo que eso, yo creo que me voy a quedar en una silla de ruedas pa siempre. O me voy a morir cualquier día.*

*E: No la vemos pa morirse, P006.*

*P: Claro que no, pero yo sí. Yo me he preocupado mucho.*

*E: ¿Qué es lo que más le preocupa de todo?*

*P: Mi marido, me preocupa. Que tiene 4 cosas: tiene el corazón, tiene el pulmón, tiene el Parkinson y tiene el azúcar.*

*E: ¿Y qué le preocupa de su marido? ¿No cuidarle?*

*P: Claro, no cuidarle a él... y cuando yo vaya a mi casa tenga que tenga alguien pa que me haga las cosas. Porque mi hija, esta mi hija conmigo, pero mi hija se va a las 10 de la mañana y viene a las 10 de la noche, porque como gana tan poquito... Pues dice que es cuando le ha costado es comer, así es que se va a comprar pa comer ni más ni menos...*

*E: La vuelta a casa (P: Sí) hm.*

**Estudio empírico - Discusión**

*P: La vuelta a casa me preocupa mucho. Me preocupa estar aquí tanto tiempo y me preocupa ir de vuelta a casa porque claro, cuando yo vaya a casa... ¿quién va a hacer las cosas? Mi marido no puede porque mi marido puede ir a por el pan, puede ir a comprar al supermercado una vez, pero pa hacer la compra, no. Si él viene a verme por la mañana y cuando llega aquí llega mareao. Con la calor que hace... (inaudible) ¿Qué vamos a hacer...? Me ha tocao a mí... Yo no he estado nunca mala, nunca, jamás en la vida, pero ahora me ha tocao lo que me ha tocao y mira, hay que aguantar... Yo no tengo la culpa.*

*P006, CQ (Mujer de 71 años)*

Para detectar la naturaleza del sufrimiento individual es importante establecer un vínculo con el paciente, demostrar una actitud adecuada que le invite a expresarse, utilizar métodos flexibles y disponer de un espacio-tiempo, que posibiliten el centrarse en la persona.

Comprender la naturaleza del sufrimiento del paciente exige, por tanto, entender su contexto vital. Sólo llegando a conocer la naturaleza del sufrimiento de cada individuo, se puede intervenir para intentar aliviarlo. Y si la experiencia de sufrimiento es tan genuina y diversa como los son las personas, las estrategias para su identificación y valoración deberían ser suficientemente sensibles a los matices individuales. Estos matices son los que, además, modularían una posible intervención en cada caso: una intervención psicológica, iniciar medicación, una intervención social, la adaptación o cambio de domicilio, conseguir recuperar la continencia esfinteriana o la escucha empática, pueden ser intervenciones oportunas en función del momento y del origen del sufrimiento de la persona en cuestión.

Sin embargo, la realidad holística, individual y compleja del sufrimiento choca con los requerimientos propios de unos instrumentos de evaluación con formato de respuesta cerrada,

**Estudio empírico - Discusión**

fragmentados y centrados en la condición de salud, que difícilmente pueden captar la naturaleza del sufrimiento en toda su amplitud y profundidad.

Cuando el entrevistador ha permanecido en el papel estricto de administrador de instrumentos, se hace patente la falta de sensibilidad de los mismos, hasta el punto en que se producen conversaciones paralelas entre investigador y paciente donde la comunicación se reduce a la mínima expresión:

*E: Ahora me tiene que contestar a estas preguntas o sí o no. Me paso mucho tiempo preocupada ¿sí o no? Me tiene que decir sí o no. Me paso mucho tiempo preocupada.*

*P: ¿Qué tengo que decir, sí o no?*

*E: Sí, sí o no*

*P: Hombre, mucho tiempo no, pero sí me paso, me preocupo...*

*E: ¿Sí que está preocupada?*

*P: Claro porque estoy mal, estoy muy mal y no me puedo defender yo sola y eso me pone...*

*E: ¿Las pequeñas cosas le preocupan?*

*P: Hombre, las pequeñas no mucho, pero las grandes...*

*E: ¿Se considera una persona preocupadiza?*

*P: Sí, algo sí me considero preocupadiza, ¡y tanto!*

*E: ¿A menudo se considera nerviosa?*

*P: Sí que a veces yo me pongo nerviosa, ella me pone nerviosa, sí... No lo niego, todo lo que me pasa no...*

*E: ¿Sus propios pensamientos la hacen sentir ansiosa?*

*P: Ansiosa ¿de qué?*

**Estudio empírico - Discusión**

*E: De ansiedad...de, de...*

*P: No, yo ansiosa no estoy de nada... Gracias a Dios me voy aguantando.*

*E: Esta también se contesta sí o no, ¿vale? En general, ¿está satisfecha con su vida?*

*P: Hombre, qué voy a hacer...no mucho, pero...*

*E: ¿No?*

*P: No, porque lo estoy pasando muy, muy, muy mal...*

*E: ¿Se siente con frecuencia aburrida?*

*P: ¿Eh?*

*E: ¿Se siente con frecuencia aburrida?*

*P: No mucho, no mucho, pero sí también*

*E: ¿Con frecuencia se siente desamparada o desprotegida?*

*P: Un poco sí*

*E: ¿Sí?*

*P: Un poco...*

*E: ¿Prefiere quedarse en la habitación en vez de salir y estar en el pasillo?*

*P: No, que yo estoy en casa, en toda la casa y tengo un patio muy grande y salgo al patio...bueno, salía, que ahora no sé si podré salir*

*P033, L122-154 (Mujer de 90 años)*

Pero además, ante esta disparidad entre la naturaleza de su sufrimiento y la de los instrumentos cerrados, los propios pacientes han demandado poder explicarse y matizar su sufrimiento:

**Estudio empírico - Discusión**

*E: Aquí, muy bien, perfecto... Ahora, le voy a hacer unas preguntas, ¿vale? Me tiene que contestar con "sí" o "no", ¿vale? Eh... Voy con la primera pregunta: Me paso mucho tiempo preocupado'*

*P: Esta pregunta depende de qué... ahora estando mi señora como está, pues sí que me paso tiempo preocupado...*

*E: Muy bien.*

*P: Porque no deja de que ella pues tampoco está buena... (E: Hm) y tiene 90 años.*

*E: Perfecto. ¿Las pequeñas cosas le molestan mucho?*

*P001 PreQX (Hombre de 92 años)*

o han solicitado ayuda al investigador para dar la respuesta en los términos requeridos por la tarea:

*E: Molt bé. Vale. Ahora me gustaría comprender mejor cómo haberse roto el fémur está afectando su vida en este momento. Para eso le pido que imagine lo siguiente, ¿vale? Le voy a enseñar éste tablero. ¿Vale? El tablero blanco (P: Mh) significa su vida. El círculo amarillo es usted, ¿vale? Y ahora el círculo rojo es haberse roto el fémur, ¿vale? Entonces, ¿dónde colocaría el disco rojo, haberse roto el fémur, para mostrar la importancia que tiene en su vida en éste momento? O sea... ¿Dónde me lo colocaría?*

*P: No sé dónde lo colocaría, pero es muy importante lo que me ha pasao. Mucho, porque yo ara mismo yo tenía una vida muy normal, tranquila, con mi marido, nos íbamos a ir de vacaciones y todo esto... estábamos...y claro, al romperse el fémur se ha trastocao... el irnos de vacaciones, ha trastocao a que mi marido ya no está tan atendido como cuando estaba conmigo... Está mi hija, que mi hija también ha tenido que modificar su vida y venirse aquí, más que pa cuidarme a mí a cuidar a su padre. Y mi hijo, pues también está bastante más afectao porque tiene su vida, tiene su..., y ahora, pues tiene que estar también un poco más pendiente de mi... y de todo esto, o sea que, ha modifícao todo.*

**Estudio empírico - Discusión**

*E: Entonces si esta es usted y le pido la importancia de haberse roto el fémur...*

*P: Muy importante, sí...*

*E: ¿Lo ponemos dónde? ¿Así? (P: muy cerca sí, así) ¿Encima de usted? (P: sí). Vale.*

*P018 A (Mujer de 71 años)*

o incluso han pedido socorro:

*P: es que son respuestas difíciles debido a la edad que tengo... (E: claro...) y a como me encuentro... (E: claro...) y que... es, es... (E: Sí, la verdad es que tiene usted...) ¿qué tengo que decir, una bobada o algo? contestar lo que... (E: Tiene usted razón) claro... es que es verdad, sí... En estas preguntas así... pues... tu que me estás viendo y sabes como soy y lo que pienso, pon lo que quieras... lo que a ti te parezca, pero si es que no lo sé... porque, es que claro...*

*E: Es una cosa a tener en cuenta para estas preguntas, claro (P: Sí, sí, sí)... Vale, molt bé... Seguimos, a ver...*

*P001 A, L53-63 (Varón de 92 años)*

Se ha de recordar aquí que los investigadores son profesionales sensibilizados en cuanto al sufrimiento y con pericia demostrada en el trato con ancianos y comunicación. Es probable que gracias a ello y pese a no haber dado siempre cabida a la demanda de abertura por parte del paciente, los cuadernos de opinión no hayan registrado que las entrevistas hayan añadido sufrimiento extra. Tal y como lo expresan los pacientes: "me he sentido respetado por la forma que me ha tratado" (Chochinov, 2007).

De hecho, hace ya tiempo que Jones et al. (1995) describieron las dificultades en el uso de instrumentos con formato de

**Estudio empírico - Discusión**

respuesta cerrada frente a los abiertos y sus implicaciones éticas, sobre todo en temas con elevada carga emocional.

Los resultados cualitativos del presente estudio, pese a haber seguido los consejos de estos autores al respecto -advertir del carácter cerrado de los instrumentos, permitir un espacio para el desahogo del paciente y recoger su opinión- obligan a reflexionar sobre el uso de instrumentos cerrados para valorar el sufrimiento: no sólo hasta qué punto es útil, sino también ético y lícito insistir en mantener una aproximación mediante instrumentos cerrados ante la demanda franca y clara por parte del paciente de expresar abiertamente su experiencia vital.

*E: ¿Actualmente se siente inútil?*

*P: Uh, total.*

*E: Totalmente.*

*P: Total, total. Yo estoy, siempre he sido una persona muy... (E: Activa) Activa. Muy, muy, muy, muy pero muy. (E: Mmm) Y ahora soy una verdadera inútil. Me siento totalmente...*

*E: Se siente totalmente inútil.*

*P: Tener que depender de los demás es la cosa peor que puede ser en la vida...*

*E: Mhh. Ahora con esto, vale*

*P011 A (Mujer de 79 años)*

*E: Normalmente me preocupo mucho por lo que siento': no está nada de acuerdo, está algo de acuerdo, bastante, muy o totalmente de acuerdo. 'Normalmente me preocupo mucho por lo que siento'.*

*P: Normalmente me preocupo mucho por lo que siento...*

**Estudio empírico - Discusión**

E: Está muy de acuerdo... Frecuentemente puedo definir mis sentimientos.

P: Hombre claro, yo podría hacer lo que quisiera...

E: ¿Pero, puede explicar lo que siente?

P: ¿Sabes qué siento a veces? Ganas de levantarme, tomarme todas las pastillas y dormirme...

E: (suspira) Eso no es un sentimiento...

P: ¿Eso qué es?

E: Eso es un deseo ¿no?

P: Ah, un deseo...

E: A ver esta... Aunque a veces me siento triste, suelo tener una visión optimista.

P: Eh...

P025 B (Mujer de 88 años)

Más todavía, cuando ese paciente anciano vulnerable es capaz de explicar y matizar su sufrimiento de forma más precisa y rica que la que permiten dichos instrumentos y cuando la propia comunicación médico-paciente tiene un papel terapéutico para él (Williams et al., 2007).

Y es que este estudio pone también en evidencia ciertas tensiones que deben sacarse a la luz y ser remarcadas: tensión entre la necesidad de mantener la validez de la investigación y la de atender la vulnerabilidad de los pacientes, entre lo objetivo y lo subjetivo, entre la investigación y la práctica clínica diaria, entre el papel de investigador y el de profesional asistencial, entre el rigor técnico y el vínculo profesional-paciente.

Dichas tensiones no deben ni pueden obviarse en la investigación en ciencias de la salud. Ésta debe abordar el objeto de estudio sin prescindir del sujeto y de sus circunstancias y debe evitar la atomización del conocimiento.

La aproximación a la complejidad del ser humano se beneficia de integrar las aportaciones de las metodologías cuantitativa y cualitativa, recurriendo a diseños mixtos (Sarrado et al., 2004).

## 8.2. Las dificultades relacionadas con el uso de instrumentos en esta población

En el proceso del estudio del sufrimiento en estos pacientes se han identificado importantes dificultades que pasamos a discutir organizándolas en tres categorías:

- Dificultades de inclusión de los pacientes en el estudio
- Dificultades en la comprensión de los instrumentos por parte de los pacientes
- Dificultades derivadas de la carga de los instrumentos y su aceptabilidad por parte del paciente

### 8.2.1. Dificultades de inclusión de los pacientes

Es bien conocida la exclusión sistemática de los ancianos en investigación, aún más en el caso de ensayos clínicos (Crome, Cherubini, & Oristrell, 2014). Y también lo es la recomendación unánime e internacional de evitarla.

Tema aparte es, también, la dificultad en el reclutamiento de personas ancianas en las investigaciones, incluida la presente que además es en pacientes subagudos y de edad avanzada.

El diagrama de flujo de inclusión de pacientes (Figura 19) pone en evidencia los problemas reales existentes en el reclutamiento de los mismos.

**Estudio empírico - Discusión**

La tasa de inclusión final sobre los admitidos fue del 44,2%, similar a la de otros estudios en ancianos (Harris & Dyson, 2001; Monod et al., 2012). Pero esta investigación muestra que este porcentaje supone sólo un 21,6% de toda la población mayor ingresada por fractura de cadera.

Además, el 30% de los pacientes admitidos no se consideraron elegibles por su estado clínico o cognitivo y el 15% rechazaron participar en el estudio.

Estos resultados realzan la importancia de incorporar el diagrama de flujo de inclusión de pacientes considerando el total de la población a estudiar, hecho ya recomendado en consenso internacional (Vandenbroucke et al.), pero raramente recogido en las publicaciones científicas.

El análisis de las variables sociodemográficas y de la valoración geriátrica integral (VGI) confirma que los pacientes no elegibles presentaban mayor fragilidad previa que los incluidos: mayor comorbilidad, peor capacidad funcional, peor cognición y más síndromes geriátricos.

Por tanto, los pacientes entrevistados eran más robustos desde un punto de vista geriátrico, lo que debe tenerse en cuenta a la hora de generalizar los resultados obtenidos y de valorar la aplicabilidad de los instrumentos en la práctica clínica diaria real (Hulme et al., 2004; Monod et al., 2012; Setoguchi et al., 2014).

Hay que enfatizar que las dificultades en la inclusión de pacientes han aparecido pese a una de las fortalezas de este estudio: amplia experiencia clínica de los investigadores en geriatría y en comunicación profesional-paciente, ambos factores señalados como relevantes a la hora de optimizar la tasa de inclusión de los ancianos en los estudios (Harris & Dyson, 2001; Hempenius et al., 2013; Lindquist et al., 2014).

La dificultad de evaluación pondría en evidencia que si no hay una buena detección del sufrimiento un número importante de pacientes puede quedarse sin una intervención terapéutica eficaz, al no ser detectados, y por tanto, no ser tratados adecuadamente.

### 8.2.2. Dificultades en la comprensión

Las dificultades de comprensión de los instrumentos ponen indefectiblemente en riesgo la validez de contenido de los mismos y por tanto, su objetivo de evaluación (Frei et al., 2011).

En el caso de los ancianos, el papel del nivel educativo y la vulnerabilidad (Fitzsimmons et al., 2009; Hall & Beatty, 2014) pueden ser factores clave, aunque posiblemente influyan algunos más, como podría ser las dificultades de concentración y atención, la relación terapéutica, el número de preguntas realizadas, el lenguaje utilizado, o el contexto de evaluación entre otros.

Los problemas de comprensión se detectan principalmente mediante el uso de técnicas cualitativas (Hall & Beatty, 2014; Mallinson, 2002; Pacheco Huergo, 2011). De esta forma y entre ancianos, se han objetivado problemas con instrumentos de uso tan extendido y aceptado como, por ejemplo, el cuestionario SF-12 (Mallinson, 2002) y el instrumento euroQuol (Hulme et al., 2004).

En esta investigación, pese a los estrictos criterios de selección de pacientes y a la elección de herramientas aparentemente adecuadas para mayores (Burnside et al., 1998), también se han constatado problemas en la comprensión de los instrumentos.

Estos problemas se han detectado mediante el análisis cualitativo de las entrevistas y el análisis específico de la comprensión de la

**Estudio empírico - Discusión**

tarea PRiSM, aunque en otros estudios con población ligeramente más joven no se han producido estos problemas.

En el análisis de las entrevistas se han objetivado dificultades de comprensión con varios instrumentos. De hecho, se renunció a la administración de algunos de ellos: SF-12, TMMS y BRCS (Tabla 12) en base a las dificultades observadas en su comprensión. A continuación se transcriben dos fragmentos que ejemplifican dichas dificultades para el SF-12 y el TMMS, respectivamente:

*E: Vale. P007, ¿cuánto dolor ha tenido? ¿Ninguno, leve, moderado o severo?*

*P: Con esto mucho.*

*E: Mm. ¿Cuánta energía ha tenido? ¿Mucha, bastante, alguna, poca o ninguna?*

*P: ¿Energía? Regular...*

*E: Alguna. Sus problemas físicos o emocionales, ¿cuánto le han dificultado sus actividades sociales con los amigos o los familiares?*

*P: Bueno, bien.*

*E: ¿Nada, un poco, algo, bastante, o ha podido tener las actividades sociales habituales?*

*P: Regular.*

*E: Las preguntas son un poquillo... Ahora ya sí que acabamos, eh ¿Cuánto le han molestado los problemas emocionales cómo sentirse nerviosa, triste o irritable? ¿Nunca, un poco, algo, bastante, o mucho?*

*P: Normal...*

*P001 (Hombre de 92 años)*

**Estudio empírico - Discusión**

*E: Vale. Pues venga vamos a por el siguiente. A continuación le leeré una serie de afirmaciones que describen su comportamiento y acciones. Valore cada una de ellas en una escala de 1 a 5, señalando el número que mejor refleje o describa su comportamiento. ¿Vale? 'Busco formas creativas para cambiar las situaciones difíciles': esto no me describe en absoluto, me describe poco, ni poco ni mucho, me describe bastante o me describe muy bien. Mire, aquí lo tiene. Se lo vuelvo a repetir. 'Busco formas creativas para cambiar las situaciones difíciles'.*

*P: Normal, medio...*

*E: No me describe en absoluto, me describe poco, mucho, bastante o muy bien. ¿Qué me diría a esta pregunta?*

*P: ¿Qué te diría?*

*E: Busco formas creativas para cambiar las situaciones difíciles.*

*P: Muy bien, ¿no?*

*E: ¿Sí? Lo suele hacer, le describe muy bien, perfecto.*

*P007 B (Mujer, 87 años)*

Una de las aportaciones centrales del análisis de las entrevistas fue la identificación de elementos que ponen en cuestión la validez de contenido de los instrumentos, relacionados con las dificultades en la comprensión del propio instrumento o de los términos que requiere:

*E: Mire, si miramos esta flecha, en un lado tenemos "muy mal" y en el otro lado tenemos "muy bien". ¿Cómo se siente de ánimo? ¿Dónde me lo señalaría?*

*P: Hombre, de ánimo no mucho.*

*E: Si el 0, ¿ve? Aquí el 0 es "muy mal" y el 10 es "muy bien", ¿Dónde usted señalaría que está su ánimo?*

**Estudio empírico - Discusión**

*P: Es que no veo, no veo nada.*

*E: No lo ve. Pero del 0, que el ánimo es muy malo, y el 10 que el ánimo es muy bueno, ¿qué número me diría usted?*

*P: Hombre, muy bueno no es pero el 0 tampoco.*

*E: Tampoco. Por eso que puede decir los números del 0 al 10. ¿Dónde usted se definiría? Está el 0, el 1, el 2... Hasta el 10, eh*

*P: Pues el 8 o así.*

*P008 A (Mujer de 88 años)*

*P: Muy importante.*

*E: Muy importante.*

*P: No sé si lo hago bien o mal, no sé, es que no lo sé. Para mí es muy importante.*

*E: Usted es este.*

*P: Ya... Y este lo tengo que alejar, porque yo de dinero nada.*

*E: No, pero el dinero era un ejemplo (P: Ya... ya) entonces, si no es nada importante el dinero lo hemos alejado (P: alejado) y si es muy importante lo hemos acercado.*

*P: No, no, no, no, fuera, de dinero para mí no...*

*E: No, no, pero que esto es el fémur.*

*P: ¡Ah! Bueno sí ha sido muy importante, porque he aprendido muchas cosas, muchas, que eran necesarias espiritualmente para mí.*

*E: Vale, pues lo dejamos aquí.*

*P: Lo dejamos aquí.*

*P001 CF0 (Hombre de 92 años)*

O la dificultad para determinar si lo que la persona responde es lo mismo que lo que el instrumento pretende medir:

**Estudio empírico - Discusión**

*E: Aquí lo colocaría, vale, muy bien. ¿Qué hubiese querido, P042, qué hubiese querido decir poner el disco rojo encima del amarillo? Para usted, esto ¿que significaría?*

*P: Significa que si está cerca es... , un contratiempo en mi vida, ponerlo aquí sería el final de mi vida.*

*E: O sea que sería algo mucho más grave. Y ponerlo por aquí, lo más lejos posible, ¿qué hubiese querido decir?*

*P: Hubiera querido decir que hubiera sido una operación más sencilla, por el motivo que ha sido muy difícil, por el Sintrom. (E: vale) Porqué esta, esta operación no se puede hacer así a tontas y a locas como se hizo (E: hm, hm) y no había más remedio (E: ya) sino que tiene que ser programada, retirar el Sintrom, poner lo otro... Y fue tomar el Sintrom por la noche y a la mañana siguiente operarme (E: la tuvieron que operar) porque estaba muerta de dolor... (E: vale, vale, de acuerdo...) así que estoy de acuerdo con la operación, pero, pero no ha sido..., no me ha beneficiado nada (E: hm) porque he estado ocho días (E: si) entre la vida y la muerte (E: vaale) porque me quedé sin sangre (E: vaale) y muchas transfusiones que me han hecho (E: vaale... vale, vale)...*

*P042 PQ (Mujer de 88 años)*

Otras dificultades estaban relacionadas con la incapacidad del instrumento para captar la complejidad o los matices de las variables exploradas.

*E: No. ¿Se considera una persona preocupadiza?*

*P: Mm... Some time<sup>6</sup>.*

*E: Some time.*

---

<sup>6</sup> El paciente se expresó en inglés

**Estudio empírico - Discusión**

*P: Alguna vez, cómo dirían ni sí ni no, sí a mediano, pero como no hay "ni sí ni no", digo no.*

*E: Dice no, perfecto.*

*P011 A (Mujer de 79 años)*

*E: Le enseño otra vez el cuadro blanco (P: Sí) con el círculo amarillo que es usted, el blanco es su vida y el haberse roto el fémur es el rojo.*

*P: El rojo, bueno... Haberme roto el fémur para mí ha representado muchísimo, por muchas cosas; estar aquí, en vez de estar en casa, pero sin embargo como yo en mi conciencia sé que ha sido por algo que no he hecho bien, eh... aplicooo... ahhh...*

*E: ¿Aquí? Perfecto*

*P: Lo aplico aquí porque sé que lo merezco... Ha sido una cosa que ha sido así. Ha venido porque tenía que venir, pues alabado sea Dios, que me reponga pronto bien y pueda salir (E: muy bien) pero no... detesto de nada de lo que me ha pasao... me lo tengo merecido.*

*P001 F2 (Hombre de 92 años)*

Y ello a pesar, como ya se ha comentado, de que el paciente era capaz de expresar sus vivencias en otros términos diferentes a los requeridos por los instrumentos.

*E: Entonces, ahora me gustaría comprender mejor cómo haberse roto el fémur está afectando en su vida en este momento. (...) ¿Dónde colocaría el disco rojo, haberse roto el fémur, para mostrar la importancia que tiene en su vida en este momento?*

*P: Claro (E: Pues...) molestia pa' la familia, no para mí, molestia para mi familia porque me tienen que venir a ver...*

*E: Pero eso, dígame usted lo importante que es...*

**Estudio empírico - Discusión**

*P: Y no me caí, ¿sabes lo que pasó? Se salió, se salió el fémur de la cadera y ahí me tiró al suelo, (E: Mh) pues yo no me he caído.*

*E: Sí, sí.*

*P: ¿Ves? Eso es lo que pasa. Entonces, claro, yo tengo... dolor porque tienen que venir... que tienen que trabajar... tienen que hacer sus cosas... Namás que, lo que pasó es que cuando me encontré en el suelo me cogió una señora que hay una peluquería ahí, entonces ella me... Pues yo no me podía levantar. Entonces llamaron a una ambulancia... Y yo para hacerlo mejor puede ser peor porque en la ambulancia me llevaron a la...*

*E: Al ambulatorio.*

*P: Me cogió del suelo... No, al ambulatorio no. Del suelo me cogió porque no podía caminar, y me examinó en la ambulancia, me dijo: 'no, esto es de hospital', y me trajeron al hospital. Y yo no había llamado a mi sobrina, y cuando estaba en el hospital la llamé. Se enfadó tanto: 'pero tía, como hace una cosa así, aunque uno esté trabajando, si usted es lo primero, ¿cómo se le ocurre ir sola?'. Entonces me dolió, me dolió haber hecho eso (E: Mhh) pero no, que ella no se enfadaba, se enfadaron porque no lo hice (E: Mhh), no lo hice bien. Yo lo hice, yo creí que era lo mejor porque dije "a lo mejor me van a examinar y me van a mandar para casa".*

*E: Claro, y no les quería preocupar.*

*P: Claro, eso.*

*E: Y la cosa luego fue un poco más...*

*P: Claro, claro, eso es. Porque no me dejan... Que no me vaya a subir en ninguna silla, que no limpie nada... Porque yo vivo con ella, (E: Sí, sí) algo tengo que ayudar porque si yo estoy sola en la casa no, no voy a dejar porque me da pena que ellos están trabajando y yo de brazos cruzados... no, no, no, a mí me gusta trabajar y hacer las cosas y soy valiente, (E: Mh) entonces eso es el sentimiento que tengo.*

**Estudio empírico - Discusión**

*E: Mm. Pues bueno, dígamelo aquí así en...*

*P: Y pero si no entiendo... ¿Y cómo lo hago?*

*E: Entonces, le pongo un ejemplo ¿vale?*

*P: Ya.*

*E: Vale, espere que le pongo... ¿Vale? El disco azul, ¿vale? Representa el dinero, (P: Ya) ¿vale? Si para alguien el dinero es muy importante en su vida (P: Ya) pondría el disco aquí, ¿vale? Si para esta persona el dinero es menos importante lo colocaría aquí (P: Ya) ¿vale?, lo colocaría por aquí. Y si no es nada, nada, nada, nada importante lo pondría aquí. (P: Ahí) Entonces yo a usted le pido que con el disco rojo, que es haberse roto el fémur, qué importante para usted es en su vida. ¿Vale?*

*P: Un remordimiento, un remordimiento que tengo que estar... Haciendo que vengan a verme y... Molestarse ellos. Pero me dicen que no es ninguna molestia.*

*E: Ya.*

*P: Pero yo cuento que sí porque en vez de estar en su casa haciendo otras cosas, entonces no entien... No sé qué color poner, yo.*

*E: No, no, el color es el rojo.*

*P: Ya, pero yo, ¿dónde lo coloco?*

*E: A ver con el ejemplo del dinero (P: No) muy importante era aquí, (P: No, no, no, al fondo, acá) menos aquí...*

*P: Nada, nada, nada de importante.*

*E: El haberse roto el fémur no es nada importante.*

*P: No.*

*E: ¿Aquí? ¿Se lo dejo aquí?*

*P: Ese, ese, para qué... Ese, ¿qué significa este?*

*E: El romperse el fémur.*

*P: Ah. Dolor namas, dolor.*

*E: ¿Para usted?*

*P: Dolor para mí.*

*E: ¿Aquí?*

*P: Claro.*

*E: ¿Aquí?*

*P: Dolor para mí. Para ellos también porque ahí los meto a todos, dolor para ellos porque a ellos también les duele que yo me haya hecho esto.*

*E: Vale. Vale. Seguimos.*

*P005 AyB (Mujer de 77 años)*

Se pasa a continuación a discutir los resultados acerca del análisis de la comprensión del instrumento PRISM.

El instrumento PRISM ha sido descrito como una herramienta breve y sencilla. Según manifestación de los propios autores, y de adaptaciones posteriores, se ha utilizado con anterioridad en personas ancianas con enfermedades crónicas. No obstante, su uso en pacientes mayores con una edad en algunos casos superior a los 80 años y en situación subaguda ha conllevado importantes problemas de comprensión y aplicabilidad.

Concretamente, el análisis cualitativo de las respuestas pone en evidencia que la tarea PRISM no fue completada o comprendida en el 41,7% de los pacientes entrevistados. Y esto, pese a haber obtenido su versión adaptada a la población objeto de estudio.

Los factores con los que se ha asociado la falta de comprensión de la tarea PRISM se relacionan directamente con la fragilidad:

**Estudio empírico - Discusión**

- la dependencia previa para las actividades instrumentales de la vida diaria, y
- el número de enfermedades crónicas.

Al mismo tiempo, no se ha encontrado asociación de la comprensión de la tarea PRISM con:

- el nivel de estudios,
- la presencia de síndrome confusional agudo en el periodo perioperatorio,
- tampoco el test de Pfeiffer permite predecir su comprensión a nivel práctico.

Así pues, la vulnerabilidad geriátrica del anciano también emerge aquí como elemento determinante, sin haberse detectado asociación con el nivel educativo.

Y ello, pese a que el estudio fue diseñado y llevado a cabo por expertos asistenciales en geriatría que tuvieron en consideración dicha fragilidad y adaptaron cuanto fue posible el estudio para facilitar la comprensión por dicha población (Hempenius et al., 2013).

Una aproximación inicial pero superficial de los resultados podría concluir que el instrumento PRISM es útil para el subgrupo de la población robusta. Otros autores lo han hecho (Virués-Ortega et al., 2007). Si profundizamos, surgen dos cuestiones:

- la investigación estaría sesgada y se alejaría de la realidad clínica (Fitzsimmons et al., 2009; Hulme et al., 2004) ya que la mayoría de la población no es robusta
- y se excluiría a los pacientes que, aun no comprendiendo la tarea PRISM, sí fueron capaces de expresar su sufrimiento en términos más amplios que los requeridos por el instrumento.

De esta forma, parece más honesto y adecuado cuestionar el uso del propio instrumento PRISM en esta población.

En cuanto al cuestionario DME, con los resultados obtenidos, podría resultar una alternativa útil y aplicable para cuantificar el malestar emocional en la población afecta. Aun así, hay que destacar que en once ocasiones se ha debido aplicar la forma categórica de respuesta ("¿Cómo está de ánimos?" y "¿Cómo lo lleva?": bien, regular, mal) en vez de la escala numérica, tal y como proponen los propios autores en caso de dificultad de comprensión de una escala numérica de 0 a 10, por ser en esta población un sistema de valoración poco habitual.

### 8.2.3. Dificultades con la carga y la aceptabilidad

Los resultados obtenidos también obligan a replantearse el grado de aceptabilidad de los instrumentos empleados en esta tesis y en otros estudios similares.

En primer lugar, los relacionados con los pacientes que, aun siendo elegibles, rehusaron participar. En este estudio se ha otorgado especial importancia a recoger y analizar los motivos de rechazo y evitar, en todo momento, un sufrimiento añadido relacionado con la evaluación. En este sentido, la mayoría de los pacientes que rechazaron participar en el estudio refirieron como causa encontrarse en una situación de sufrimiento que no querían agravar con su participación, siendo esta situación también percibida por el investigador.

A este respecto hay que resaltar dos temas:

- Es paradójico que una investigación sobre sufrimiento provoque, en sí misma, un aumento del mismo. Bayés et al. ya lo advirtieron en su momento, considerando inaceptable

que un instrumento que valore el sufrimiento genere malestar añadido (Maté et al., 2009).

- Pero sobre todo, esto conduce a pensar que los resultados podrían mostrar un sesgo a la baja en cuanto a la cuantificación del sufrimiento en esta población.

En segundo lugar, el análisis del discurso de los cuadernos de opinión del paciente aporta la percepción por parte de algunos pacientes de una elevada carga relacionada con la evaluación y de una falta de significación o relevancia de las preguntas realizadas. En los últimos años existe consenso en que los resultados de salud deben contemplar la opinión y visión del paciente (D. B. Reuben & Tinetti, 2012) y en que para conseguir la validez de contenido de los instrumentos que los evalúen se sugiere que se complemente con investigación cualitativa (Bottomley, Jones, & Claassens, 2009), especialmente en población vulnerable y anciana (Frei et al., 2011; Tinetti et al., 2011).

Finalmente destacan los datos procedentes del análisis temático de las entrevistas, es decir, los aspectos ajenos o no a la evaluación que van surgiendo en las mismas. Aunque estén descritos en el apartado correspondiente de resultados, no se renuncia a transcribir literalmente alguno de ellos:

*"P: (silencio – pone el disco)*

*E: Aquí. Perfecto... se puede colocar en cualquier sitio y está bien, eh?*

*P: Me lo puedo colocar en el culo, a ver si me se quita el dolor...*

*P025 A, L42-48 (Mujer de 85 años)*

### 8.3. Propuesta futura de valoración del sufrimiento en los pacientes ancianos ingresados por fractura de cadera

Esta tesis pone de manifiesto que estos pacientes sufren y que su experiencia de sufrimiento es individual, multidimensional e inseparable de sus circunstancias personales.

Ante las dificultades encontradas en la aplicación de los diferentes instrumentos de evaluación del sufrimiento, en especial del instrumento PRISM, y teniendo en cuenta que los pacientes demandaron poder explicar su sufrimiento en términos diferentes a los requeridos por el instrumento, no es aconsejable su utilización para valorar el sufrimiento de los ancianos ingresados por fractura de cadera en periodo subagudo.

Por su parte, el cuestionario DME puede resultar de utilidad para ello, en especial si se usa de forma paralela de respuesta categórica propuesta también por sus autores en caso de dificultad de comprensión. En este sentido, esta opción de administración no ha presentado problemas en su comprensión y ha sido bien aceptado por los pacientes, al referirse a aspectos importantes para ellos.

Para evaluar la naturaleza del sufrimiento es necesario establecer previamente un clima afectivo cálido que favorezca la comunicación profesional/paciente, utilizar métodos flexibles y valorar el espacio-tiempo que se destina; y, sobre todo, individualizar cada caso. En este sentido, nos inclinamos por el uso de métodos mixtos de evaluación (cuantitativos y cualitativos) que son complementarios y proporcionarán una visión global del sufrimiento más próxima a la experimentada por el paciente.

#### **8.4. Limitaciones del estudio**

A pesar de los resultados obtenidos en esta tesis, la misma presenta una serie de limitaciones.

La primera de ellas está relacionada con el análisis cualitativo, el cual no responde a un diseño ad-hoc orientado a una exploración en profundidad del sufrimiento de los pacientes, sino que el mismo surgió a partir de las dificultades detectadas en la evaluación cuantitativa del sufrimiento, ya en la fase piloto del mismo. El análisis de las audiograbaciones se concibió para estudiar la comprensión y aceptabilidad de los instrumentos y la naturaleza del sufrimiento expresado en el seno de las entrevistas consistentes en la aplicación de cuestionarios.

Dicho análisis ha resultado fundamental en la obtención de resultados como la validez de contenido de los instrumentos o los matices del sufrimiento.

La concepción del estudio muestra la importancia que se otorgó, desde el inicio, a obtener resultados más allá de los meros datos cuantitativos de los instrumentos: la inclusión de un cuaderno de opinión del paciente que incluye preguntas abiertas, la participación de un experto en investigación cualitativa o la recogida de los motivos alegados para rechazar participar, son ejemplos de ello.

Todos los entrevistadores son expertos clínicos en su profesión, concedores de bioética y recibieron formación sobre cómo hacer la entrevista para pasar los instrumentos dejando abierta la exclusión de alguno de ellos y la potestad de flexibilizar su aproximación. Una aproximación más rígida hubiese homogeneizado pero a costa de no detectar problemas relacionados con la validez de contenido y matices de sufrimiento. Incluso con esta flexibilidad se ha detectado que algunos instrumentos modulan la aproximación al sufrimiento,

llegando a incrementarlo. Se considera que la pericia en geriatría de los investigadores es una de las fortalezas del estudio.

Esta variedad de aproximación pone en evidencia la complejidad del sufrimiento y de su abordaje por parte de los profesionales, especialmente en ancianos.

Otra limitación estaría relacionada con el número de pacientes incluidos en el estudio, es decir, con el tamaño de la muestra. Posiblemente una muestra mayor hubiera arrojado resultado más claros, pero la realidad del estudio ha demostrado que el tamaño de la misma ha venido condicionado por la complejidad de la población objeto de estudio, que ha puesto de manifiesto la dificultad que conlleva evaluar el sufrimiento en estos pacientes ancianos.

## 8.5. Líneas de investigación y propuestas de futuro

La investigación sobre sufrimiento de los pacientes fuera del ámbito de los cuidados paliativos está aún en desarrollo, siendo prácticamente inexistente en ancianos. De los resultados de este estudio se pueden sugerir las siguientes líneas de futuro:

- Analizar cualitativamente la experiencia de sufrimiento en ancianos que presentan una fractura de cadera explorando específicamente de qué forma influye la atención profesional recibida: comunicación y centramiento en su persona.
- Analizar cualitativamente las dificultades por parte de profesionales e investigadores a la hora de detectar y abordar el sufrimiento de los pacientes.
- Investigar la utilidad de instrumentos como el DME en la valoración del sufrimiento de pacientes ancianos crónicos en situación de estabilidad clínica, por ejemplo: en el ámbito domiciliario o ambulatorio.

**Estudio empírico - Discusión**

- Es preciso que la investigación sobre instrumentos y cuestionarios incorpore un análisis cualitativo complementario para comprobar la validez de contenido de los mismos y para detectar el posible sufrimiento añadido por el propio instrumento.

## 9. Conclusiones

- Los pacientes ancianos ingresados por fractura de cadera sufren.
- El sufrimiento medido con PRISM y el malestar emocional con DME se relacionan entre ellos, con las variables geriátricas comorbilidad, función previa y síndromes geriátricos y con la presencia de ansiedad.
- La experiencia de sufrimiento de los pacientes es individual, integral e inseparable de sus circunstancias personales.
- La naturaleza y matices del sufrimiento de cada individuo se pueden analizar gracias a la narración, al discurso de los pacientes en el seno de las entrevistas, de su historia vital y de su contexto personal.
- El uso de cuestionarios ha resultado ser problemático en esta población, poniendo de manifiesto que son pacientes complejos y que requieren un abordaje diferente en su exploración.
- Sólo se ha podido entrevistar al 21,60% de la población mayor ingresada por fractura de cadera (Figura 19) aunque la tasa de inclusión sobre los admitidos (44,2%) es similar a la de la literatura.
- Rechazaron participar un 15,6%, de los pacientes admitidos, muchos de ellos alegando precisamente malestar.
- El instrumento PRISM sólo ha sido aplicable y comprendido en el 30,8% del total de 91 pacientes admitidos. Dicha comprensión se ha asociado con su capacidad funcional previa pero no con su nivel educativo o situación cognitiva.
- Los pacientes en los que no se pudo aplicar la tarea PRISM sí que pudieron, y solicitaron, expresar su sufrimiento en términos diferentes a los requeridos por el instrumento.
- El DME, con la opción de respuesta categórica, ha sido aplicable sin dificultades para el paciente de comprensión o aceptación.

**Estudio empírico - Conclusiones**

- No es aconsejable el uso del PRISM en la práctica clínica para la valoración del sufrimiento de los pacientes ancianos ingresados por fractura de cadera en fase subaguda.
- Para valorar la naturaleza del sufrimiento es necesario establecer un vínculo afectivo, cordial y de respeto con el paciente mediante una comunicación abierta y no coercitiva, utilizar métodos flexibles y valorar el espacio-tiempo que se destina; y, sobre todo, individualizar cada caso.
- La valoración del sufrimiento en pacientes ancianos mayores con fractura de cadera es compleja y difícil requiriendo un abordaje mixto en su cometido: evaluación cuantitativa y evaluación cualitativa.

## **Listado de abreviaturas**

ACxFA: Arritmia completa por fibrilación auricular  
ABVD: Actividades básicas de la vida diaria  
AIVD: Actividades instrumentales de la vida diaria  
ASA: *American Society of Anesthesiologist score*  
AT: Ayudas técnicas para la marcha  
AVC: Accidente vasculocerebral o ictus  
BBAA: Barreras arquitectónicas  
BP o BI: Bastón de puño o bastón inglés (muleta)  
BRCS: *Brief Resilient Coping scale*  
CAM: *Confusion Assessment Method*  
Card. Isq. (c.isquémica): cardiopatía isquémica  
CEIC: Comité Ético de Investigación Clínica  
Cm: centímetros  
COT: Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología  
CSPT: Corporació Sanitària Parc Taulí Sabadell  
DE: desviación estándar  
Def. sensorial: déficit sensorial  
DM: Diabetes mellitus  
DME: Escala Detección del Malestar Emocional  
EI: Equipo investigador  
EPOC: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica  
EUA: Estados Unidos de América  
FX: Fractura ósea  
GAI: *Geriatric Anxiety Inventory*  
GDS: *Geriatric Depression Scale* o escala de Yesavage  
HBP: Hipertrofia benigna de próstata  
HTA: hipertensión arterial  
I<sup>a</sup> renal: Insuficiencia renal crónica  
IC: Intervalo de confianza  
ICC: Insuficiencia cardiaca congestiva

## Tesis doctoral

“Evaluación del sufrimiento en pacientes ancianos ingresados por fractura de cadera”

Idescat: Institut d'Estadística de Catalunya

INE: Instituto Nacional de Estadística de España

HTA: hipertensión arterial

HUGTiP: Hospital Universitari Germans Trias i Pujol Badalona

Neo: neoplasia

OLQ: *Orientation to Life Questionnaire* (equivale a SOC)

OMS: Organización Mundial de la Salud

OP: Osteoporosis

PRISM: *Pictorial Representation of Illness Self Measure*

PIIC: Plan de Intervención Individualizado Compartido

PPAC: Programa de Prevenció i Atenció a la Cronicitat

PRO: *Patient reported outcomes*

QX (o IQ): referido a periodo o intervención quirúrgica

SCA: Síndrome confusional agudo o delirium

SF-12: Escala de salud SF-12

SUH: Servicio de Urgencias Hospitalarias

SIS: Distancia *Self Illness Separation* de la tarea PRISM

SOC: *Sense of Coherence* (equivale a OLQ)

TMMS: *Trait Meta Mood Scale*

UFISS: Unitat Funcional Interdisciplinària Sociosanitària

VGI: Valoración geriátrica Integral

VRS: *Verbal Rating Scale* de dolor

## **Listado de Figuras**

Figura 1. Anatomía de la articulación de la cadera (tomada de la web para pacientes de la Universidad de Chicago) ("Hip fracture," 2015).....	18
Figura 2. Clasificación de las fracturas de cadera según el trazo de fractura: intracapsular (izquierda) y extracapsular (derecha) ("Hip fracture," 2015).....	19
Figura 3. Población según sexo y edad. España 2000, 2020, 2040 (Instituto Nacional de Estadística de España, 2010). .....	21
Figura 4. Evolución de la población mayor. España, 1900-2050 (miles). (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2002).....	22
Figura 5. Esperanza de vida a los 65 años. España. Varones y mujeres, 1900-2004 .....	24
Figura 6. Fracturas osteoporóticas a nivel mundial en 2000 (9 millones).....	29
Figura 7. Fracturas osteoporóticas en la UE en 2010 (3,5 millones).....	30
Figura 8. Número de altas en hospitalización del SNS por fractura de cadera. Periodo 1997-2008 (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010). .....	33
Figura 9. Tasa de hospitalización por fractura de cadera atribuible a fragilidad ósea según edad y sexo. Catalunya, 2010 (Generalitat de Catalunya, Departament de Salut,, Observatori del Sistema de Salut de Catalunya., 2012) .....	34
Figura 10. Esquema y mecanismos que desarrollan la fragilidad. Tomado de Robles et al (Robles, Miralles, Llorach, & Cervera, 2006). .....	47
Figura 11. Tipologías de ancianos: perfiles clínicos orientativos. Tomado de Robles et al (Robles et al., 2006).....	48
Figura 12. Las dimensiones de la VGI y sus interacciones. Tomado de Reuben (2003). .....	51
Figura 13. Representación gráfica de las esferas de salud del anciano. (A. Pujol) .	52
Figura 14. Desarrollo de la pérdida de función hasta la dependencia y situación del anciano frágil. Tomado de Martín Lesende (Martin Lesende, Gorrionogitia Iturbe, Gomez Pavon, Baztan Cortes, & Abizanda Soler, 2010). .....	55
Figura 15. Modelo para una intervención paliativa en enfermos al final de la vida. Tomado de Bayés, Arranz, Barreto y Barbero, 1996 (Bayés, Arranz, Barbero, & Barreto, 1996) .....	76
Figura 16. El modelo de efectividad terapéutica en el manejo del sufrimiento del paciente oncológico. ....	90

## Tesis doctoral

“Evaluación del sufrimiento en pacientes ancianos ingresados por fractura de cadera”

Figura 17. La tarea PRISM. Obtención de la variable cuantitativa Self-Illness Separation (SIS): la distancia entre los centros de ambos círculos medida en centímetros. A mayor distancia, menor sufrimiento.....	123
Figura 18. Cuestionario de Detección del Malestar Emocional (DME) .....	125
Figura 19. Diagrama de flujo de inclusión de pacientes CSPT periodos 2013 y 2014 .....	136
Figura 20. Admitidos en el estudio .....	138
Figura 21. Prevalencia de enfermedades crónicas entre los pacientes Incluidos ..	145

## **Listado de Tablas**

Tabla 1. Población residente en España por grupos quinquenales a 1 de enero de 2009 y de 2049 (Instituto Nacional de Estadística de España, 2010). .....	23
Tabla 2. Datos administrativos, sociodemográficos y de la valoración geriátrica integral para el total de pacientes Admitidos .....	140
Tabla 3. Prevalencia de enfermedades crónicas previas para el total de pacientes Admitidos. ....	141
Tabla 4. Prevalencia de síndromes geriátricos previos para el total de pacientes Admitidos. ....	142
Tabla 5. Resultados de las variables sociodemográficas y comparativa entre los grupos Incluidos, No Elegibles y Elegibles No Incluidos. ....	144
Tabla 6. Resultados de las variables de la valoración geriátrica integral y comparativa entre los grupos Incluidos, No Elegibles y Elegibles No Incluidos. ....	147
Tabla 7. Prevalencia de síndromes geriátricos previos. Comparativa entre grupos Incluidos, No Elegibles y Elegibles No Incluidos. ....	148
Tabla 8. Resultados de las variables sociodemográficas. Comparación entre grupos Incluidos y Negativa a participar. ....	149
Tabla 9. Resultados de las variables de la VGI. Comparación entre grupos Incluido y Negativa a participar. ....	150
Tabla 10. Prevalencia de síndromes geriátricos previos al ingreso. Comparativa entre grupos Incluido y Negativa a participar. ....	151
Tabla 11. Motivos alegados por los pacientes al rechazar su participación en el estudio .....	152
Tabla 12. Instrumentos para valorar factores subjetivos y rasgos de personalidad relacionados con el sufrimiento: número de pacientes a los que se les administraron y resultados obtenidos. ....	156
Tabla 13. Comparación de la puntuación SIS entre los niveles de variables cualitativas. ....	158
Tabla 14. Comparación de la puntuación SIS entre los niveles de variables cuantitativas. ....	160
Tabla 15. Análisis de regresión para SIS. ....	161
Tabla 16. Comparación de la puntuación del DME entre los niveles de variables cualitativas. ....	162

## Tesis doctoral

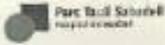
“Evaluación del sufrimiento en pacientes ancianos ingresados por fractura de cadera”

Tabla 17. Comparación de la puntuación DME entre los niveles de variables cuantitativas. ....	164
Tabla 18. Análisis de regresión para DME. ....	165
Tabla 19. Comparación de los datos sociodemográficos entre los grupos Comprenden, No Comprenden y No Elegibles. ....	167
Tabla 20. Comparación de la valoración geriátrica integral entre los grupos Comprenden, No Elegibles y No Comprenden. ....	169
Tabla 21. Presencia de enfermedades concretas. ....	170
Tabla 22. Comparativa de la presencia de síndromes geriátricos entre grupo Comprenden, No Elegibles y No Comprenden. ....	172
Tabla 23. Relación entre el grado de comprensión de la tarea PRISM y los resultados de los cuestionarios de la entrevista de sufrimiento. ....	173
Tabla 24. Comparaciones múltiples ANOVA para variables cuantitativas entre grupo Entienden, No Elegibles y No Entienden. ....	174
Tabla 25. Comparaciones múltiples ChiCuadrado para variables cualitativas entre grupo Entienden, No Elegibles y No Entienden. ....	175
Tabla 26. Modelo multivariante final para la comprensión el instrumento PRISM. ....	176
Tabla 27. Resultados de instrumentos relacionados con sufrimiento en grupo No Comprenden. ....	178
Tabla 28. Resultados a las preguntas con respuesta tipo Likert del cuadernillo de opinión del paciente. ....	194
Tabla 29. Respuestas a las preguntas cerradas sobre las sensaciones respecto al estudio. ....	195
Tabla 30. Expresiones utilizadas por los pacientes respecto a la actitud del investigador y comentarios libres finales. ....	196

## Anexos

**Anexo 1.** Informes de los Comités de Ética en Investigación Clínica (CEIC) de aprobación del estudio de ambos centros hospitalarios

**Anexo 1.a.** CEIC de la Corporació Sanitària Parc Taulí de Sabadell

 Parc Taulí Sabadell  
Hospital

**Informe del CEIC d'aprovació de l'estudi**

COLOMA MORENO QUIROGA, Secretaria del Comitè Ètic de Investigació Clínica de la CORPORACIÓ SANITÀRIA PARC TAULÍ DE SABADELL (Barcelona)

Faig constar

Que d'acord amb els antecedents documentals que existeixen en els arxius del CEIC,

**Nogueras Rimblas Carme**

consta en qualitat d'investigador/a principal del projecte

**Validació del PRISM (Pictorial Representation of Illness Self Measure) com a mètode breu de valoració del sofriment en malalts 265 anys ingressats per fractura de maluc**

Codi CEIC: 2012608

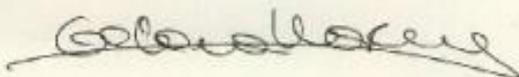
Va ser aprovat per aquest CEIC el 18/12/2012.

Promotor: **BECA TAULÍ**  
Codi Promotor: **CIR2013/026**

Investigador/s col·laborador/s de l'estudi:

Pujol Garcia, Anna  
Hollin Castro, Angels  
Parera Luque, M. Carme  
Roldan Manchado, Mònica  
Torrecabota Gambin, Aroa  
Herranz Martinez, Susana  
Bernaus Marti, Montserrat  
Moreno Iturriga, Marta  
González Ávila, Bárbara  
Balaguer Castro, Mariano  
Valls Mellado, Marc  
Oliva Moreno, Joan Carles

**Dra. Coloma Moreno Quiroga**



**Anexo 1.b.** CEIC del Hospital Universitari Germans Trias i Pujol,  
Badalona



**Germans Trias i Pujol**  
Hospital

Comitè d'Ètica de la Investigació  
C/Dr. Cuyet, s/n 08916 Badalona  
Tel. 93 487 8946 Fax 93 487 2940  
E-mail: cea.germanstrias@gercats.cat



Institut Català  
de la Salut

---

**INFORME DEL COMITÈ D'ÈTICA DE LA INVESTIGACIÓ**

El Dr. Joan Costa Pagès, President del Comitè d'Ètica de la Investigació de l'Hospital Universitari Germans Trias i Pujol,

**CERTIFICA**

Que aquest Comitè ha avaluat la proposta de la Sra. S. Jiménez Panés - UFISS Geriatria (HUGTIP) / Dra. C. Nogueras (CSS Albada-Corporació Parc Taulí) per tal que sigui realitzat l'estudi observacional codi de protocol PRISM titulat:

**"Validació del PRISM (Pictorial Representation of Illness Self Measure) com a mètode breu de valoració del sofriment en malalts ≥65 anys ingressats per fractura de maluc."** (Versió: 2012)

Fuill d'Informació al Pacient i Consentiment Informat (Versió: 2012)

I considera que:

Es compleixen els requisits necessaris d'idoneïtat del protocol en relació amb els objectius de l'estudi i estan justificats els riscos i molèsties previsible per al subjecte.

El procediment per obtenir el consentiment informat i el pla de reclutament de subjectes previst són adequats.

La capacitat de l'investigador i els mitjans disponibles són adequats per portar a terme l'estudi.

I que aquest Comitè accepta que l'esmentat estudi sigui realitzat al Hospital Universitari Germans Trias i Pujol per la Sra. S. Jiménez Panés del Servei d'UFISS Geriatria com a investigadora principal.

Signat a Badalona a 9 d'octubre de 2013



Dr. Joan Costa Pagès



Generalitat de Catalunya  
Departament de Salut

**Germans Trias i Pujol**  
Hospital  
Institut Català de la Salut

---

Comitè d'Ètica de la Investigació

Ref. CEI: PI-13-062



Iniciales	NHC	OPINION
<p><b>A. Respecto al Estudio PRISM en el que ha participado, señale con un círculo <u>lo que más se acerque a su parecer....</u></b></p>		
<p>1.¿Ha entendido las preguntas?</p>		
NUNCA o CASI NUNCA	A MENUDO	SIEMPRE
<p>2.Participar, ¿cuánto esfuerzo le ha significado?</p>		
ALGO	BASTANTE	MUCHO
<p>3.El rato que duraban las entrevistas ¿se le ha hecho ..... largo?</p>		
NADA	BASTANTE	MUY
<p>4.¿Le ha agradado participar en el estudio?</p>		
NADA	BASTANTE	MUCHO
2		

Iniciales	NHC	OPINION
<p><b>B. ¿Recuerda una prueba con un tablero blanco con imanes?</b></p>		
<p>Sólo si la recuerda prosiga.</p>		
<p>¿Le costó entender en qué consistía?</p>		
NADA	BASTANTE	MUCHO
<p>Explique con sus palabras en qué consistía:</p>		
<p>..... ..... .....</p>		
<p>La prueba del tablero blanco con imanes le parece ..... fácil de hacer?</p>		
NADA	BASTANTE	MUY

Iniciales	NHC	OPINION
<p><b>B. Marque las frases que estén más de acuerdo con sus sensaciones durante o con las entrevistas del estudio. (puede marcar más de una)</b></p> <p>Por ejemplo, si está de acuerdo:</p> <p>Aburridas <input checked="" type="checkbox"/> o <u>Aburridas</u></p> <p>Demasiado esfuerzo</p> <p>"Me he sentido escuchado/a y entendido/a"</p> <p>"Una pérdida de tiempo"</p> <p>"Me han hecho ponerme triste"</p> <p>Demasiado complicadas</p> <p>"He podido hablar de cosas que me preocupan"</p> <p>"Me han aliviado"</p> <p>Demasiado largas</p> <p>"Aún no sé para qué sirve todo eso"</p> <p>"Me han hecho pasarlo mal"</p> <p>"Me he sentido respetado/a como persona"</p> <p>"Volvería a colaborar"</p> <p>Otras: .....</p>		
4		

Iniciales	NHC	OPINION
<b><i>C. Otras emociones:</i></b>		
Un buen recuerdo que le venga a la cabeza pensando en las entrevistas:		
.....		
Un <i>mal recuerdo</i> que le venga pensando en las entrevistas:		
.....		
Durante las entrevistas, el profesional....		
• Ha sido fácil hablar y abrirme a él/ella, por....		
• Me ha entendido y lo sé por....		
• Tenía prisa y lo sé por....		
• Me ha tratado y me ha visto como a una persona y lo digo por....		
• Otras: .....		
Algún comentario que quiera añadir:		
.....		
.....		

### Anexo 3. Instrucciones de la tarea PRISM

**Anexo 3.a.** Versión original, en lengua inglesa (Buchi & Sensky, 1999)

**TABLE 1. Standard instructions for PRISM**

We would like to understand better how your illness [mention the illness] affects your life at the moment.

I'd like you to imagine that this white board represents your life as it is now.

The yellow disk in the bottom right corner represents your "self," and this red disk represents your illness.

Where would you put your illness—the red disk—in your life at the moment? [Hand red disk to patient]

*Most people have an intuitive idea of where to place the illness disk, but if someone does not appear to understand the above instructions, go to those below:*

As this may be a rather unusual way of showing the place of your illness in your life, let me give you another example.

The blue disk represents your work or your job. For some people, work is an essential part of their lives and makes all the difference in how they see themselves. Such a person would put the "Work" disk on top of the "Self" disk [demonstrate this]. For other people, work is not that important. For example, they may work just to earn money. Such a person would place the "Work" disk quite far from the "Self" disk [demonstrate].

Where would you put your illness—the red disk—in your life at the moment? [Hand red disk to patient]

*Measure the distance between the centers of the two disks—the Self-Illness Separation (SIS).*

**Anexo 3.b.** Versión adaptada en español para la población a estudio:

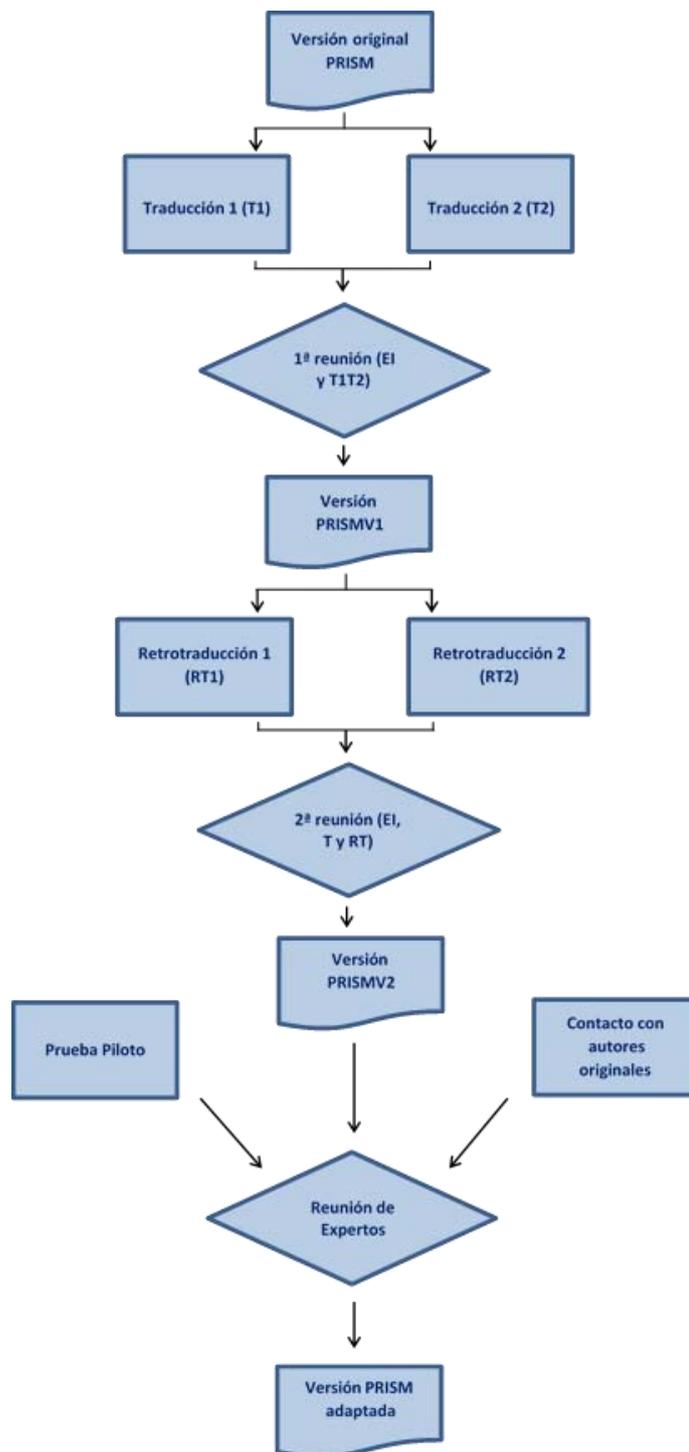
***Me gustaría comprender mejor cómo haberse roto el fémur está afectando su vida en este momento.***

***Para eso le pido que imagine lo siguiente. El tablero blanco representa su vida.***

***Este disco amarillo es usted. El disco rojo es haberse roto el fémur.***

***¿Dónde colocaría el disco rojo, haberse roto el fémur,***

**Anexo 4.** Diagrama de flujo del proceso de adaptación lingüística de las instrucciones de la tarea *Pictorial Representation of Illness Self Measure* (PRISM) a la población a estudio.



EI: Equipo Investigador; T: Traductor; RT: Retrotraductor; V1 y V2: versiones 1 y 2.

## **Anexo 5.** Instrumentos de la Valoración Geriátrica Integral

### **Anexo 5.a.** Índice de Charlson (Charlson et al., 1987)

#### Índice de comorbilidad de Charlson (versión original)

Infarto de miocardio: debe existir evidencia en la historia clínica de que el paciente fue hospitalizado por ello, o bien evidencias de que existieron cambios en enzimas y/o en ECG	1
Insuficiencia cardíaca: debe existir historia de disnea de esfuerzos y/o signos de insuficiencia cardíaca en la exploración física que respondieron favorablemente al tratamiento con digital, diuréticos o vasodilatadores. Los pacientes que estén tomando estos tratamientos, pero no podamos constatar que hubo mejoría clínica de los síntomas y/o signos, no se incluirán como tales	1
Enfermedad arterial periférica: incluye claudicación intermitente, intervenidos de <i>by-pass</i> arterial periférico, isquemia arterial aguda y aquellos con aneurisma de la aorta (torácica o abdominal) de > 6 cm de diámetro	1
Enfermedad cerebrovascular: pacientes con AVC con mínimas secuelas o AVC transitorio	1
Demencia: pacientes con evidencia en la historia clínica de deterioro cognitivo crónico	1
Enfermedad respiratoria crónica: debe existir evidencia en la historia clínica, en la exploración física y en exploración complementaria de cualquier enfermedad respiratoria crónica, incluyendo EPOC y asma	1
Enfermedad del tejido conectivo: incluye lupus, polimiositis, enf. mixta, polimialgia reumática, arteritis cel. gigantes y artritis reumatoide	1
Úlcera gastroduodenal: incluye a aquellos que han recibido tratamiento por un úlcus y aquellos que tuvieron sangrado por úlceras	1
Hepatopatía crónica leve: sin evidencia de hipertensión portal, incluye pacientes con hepatitis crónica	1
Diabetes: incluye los tratados con insulina o hipoglicemiantes, pero sin complicaciones tardías, no se incluirán los tratados únicamente con dieta	1
Hemiplejía: evidencia de hemiplejía o paraplejía como consecuencia de un AVC u otra condición	2
Insuficiencia renal crónica moderada/severa: incluye pacientes en diálisis, o bien con creatininas > 3 mg/dl objetivadas de forma repetida y mantenida	2
Diabetes con lesión en órganos diana: evidencia de retinopatía, neuropatía o nefropatía, se incluyen también antecedentes de cetoacidosis o descompensación hiperosmolar	2
Tumor o neoplasia sólida: incluye pacientes con cáncer, pero sin metástasis documentadas	2
Leucemia: incluye leucemia mieloide crónica, leucemia linfática crónica, policitemia vera, otras leucemias crónicas y todas las leucemias agudas	2
Linfoma: incluye todos los linfomas, Waldstrom y mieloma	2
Hepatopatía crónica moderada/severa: con evidencia de hipertensión portal (ascitis, varices esofágicas o encefalopatía)	3
Tumor o neoplasia sólida con metástasis	6
Sida definido: no incluye portadores asintomáticos	6

Índice de comorbilidad (suma puntuación total) =

**Anexo 5.b. Índice de Lawton (Lawton & Brody, 1969)**

Índice de Lawton & Brody (actividades instrumentales de la vida diaria)	Hombres	Mujeres
<b>Teléfono</b>		
Utilizar el teléfono por propia iniciativa, buscar y marcar los números	1	1
Sabe marcar números conocidos	1	1
Contesta al teléfono, pero no sabe marcar	1	1
No utiliza el teléfono en absoluto	0	0
<b>Compras</b>		
Realiza todas las compras necesarias de manera independiente	1	1
Sólo sabe hacer pequeñas compras	0	0
Ha de ir acompañado para cualquier compra	0	0
Completamente incapaz de hacer la compra	0	0
<b>Preparación de la comida</b>		
Organiza, prepara y sirve cualquier comida por sí solo/a	—	1
Prepara la comida sólo si se le proporcionan los ingredientes	—	0
Prepara, calienta y sirve la comida, pero no sigue una dieta adecuada	—	0
Necesita que le preparen y le sirvan la comida	—	0
<b>Tareas domésticas</b>		
Realiza las tareas de la casa por sí sola, sólo ayuda ocasional	—	1
Realiza tareas ligeras (fregar platos, camas...)	—	1
Realiza tareas ligeras, pero no mantiene un nivel de limpieza adecuado	—	1
Necesita ayuda, pero realiza todas las tareas domésticas	—	1
No participa ni hace ninguna tarea	—	0
<b>Lavar la ropa</b>		
Lava sola toda la ropa	—	1
Lava sólo prendas pequeñas (calcetines, medias, etc.)	—	1
La ropa la tiene que lavar otra persona	—	0
<b>Transporte</b>		
Viaja por sí solo/a, utiliza transporte público/conduce coche	1	1
Puede ir sólo en taxi, no utiliza otro transporte público	1	1
Sólo viaja en transporte público si va acompañado	1	1
Viajes limitados en taxi o coche con ayuda de otros (adaptado)	0	0
No viaja en absoluto	0	0
<b>Responsabilidad respecto a la medicación</b>		
Es capaz de tomar la medicación a la hora y en la dosis correcta, solo/a	1	1
Toma la medicación sólo si se la preparan previamente	0	0
No es capaz de tomar la medicación solo/a	0	0
<b>Capacidad de utilizar el dinero</b>		
Se responsabiliza de asuntos económicos solo/a	1	1
Se encarga de compras diarias, pero necesita ayuda para ir al banco	1	1
Incapaz de utilizar el dinero	0	0

## Anexo 5.c. Índice de Barthel (Mahoney & Barthel, 1965)

### Índice de Barthel (actividades básicas de la vida diaria) (versión original)

#### Alimentación

- 10 Independiente: capaz de utilizar cualquier instrumento necesario; come en un tiempo razonable; capaz de desmenuzar la comida, usar condimentos, extender la mantequilla, etc., por sí solo.
- 5 Necesita ayuda: por ejemplo, para cortar, extender la mantequilla, etc.
- 0 Dependiente: necesita ser alimentado.

#### Lavado (baño)

- 5 Independiente: capaz de lavarse entero; puede ser usando la ducha, la bañera o permaneciendo de pie y aplicando la esponja por todo el cuerpo. Incluye entrar y salir de la bañera sin estar una persona presente.
- 0 Dependiente: necesita alguna ayuda.

#### Vestido

- 10 Independiente: capaz de ponerse, quitarse y fijar la ropa. Se ata los zapatos, abrocha los botones, etc. Se coloca el braguero o el corsé si lo precisa.
- 5 Necesita ayuda: pero hace al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable.
- 0 Dependiente: incapaz de manejarse sin asistencia mayor.

#### Aseo

- 5 Independiente: realiza todas las tareas personales (lavarse las manos, la cara, peinarse, etc.). Incluye afeitarse y lavarse los dientes. No necesita ninguna ayuda. Incluye manejar el enchufe si la maquinilla es eléctrica.
- 0 Dependiente: necesita alguna ayuda.

#### Deposición

- 10 Continente, ningún accidente: si necesita enema o supositorios se arregla por sí solo.
- 5 Accidente ocasional: raro (menos de una vez por semana), o necesita ayuda para el enema o los supositorios.
- 0 Incontinente.

#### Micción

- 10 Continente, ningún accidente: seco día y noche. Capaz de usar cualquier dispositivo (catéter). Si es necesario, es capaz de cambiar la bolsa.
- 5 Accidente ocasional: menos de una vez por semana. Necesita ayuda con los instrumentos.
- 0 Incontinente.

#### Retrete

- 10 Independiente: entra y sale solo. Es capaz de quitarse y ponerse la ropa, limpiarse, prevenir el manchado de la ropa, vaciar y limpiar la cuña. Capaz de sentarse y levantarse sin ayuda. Puede utilizar barras de soporte.
- 5 Necesita ayuda: necesita ayuda para mantener el equilibrio, quitarse o ponerse la ropa o limpiarse.
- 0 Dependiente: incapaz de manejarse sin asistencia mayor.

#### Traslado sillón-cama

- 15 Independiente: no necesita ayuda. Si utiliza silla de ruedas, lo hace independientemente.
- 10 Mínima ayuda: incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física (p. ej., la ofrecida por el cónyuge).
- 5 Gran ayuda: capaz de estar sentado sin ayuda, pero necesita mucha asistencia para entrar o salir de la cama.
- 0 Dependiente: necesita grúa o alzamiento completo por dos personas. Incapaz de permanecer sentado.

#### Deambulaci3n

- 15 Independiente: puede usar cualquier ayuda (pr3tesis, bastones, muletas, etc.), excepto andador. La velocidad no es importante. Puede caminar al menos 50 m o equivalente sin ayuda o supervisi3n.
- 10 Necesita ayuda: supervisi3n f3sica o verbal, incluyendo instrumentos u otras ayudas para permanecer de pie. Deambula 50 m.
- 5 Independiente en silla de ruedas: propulsa su silla de ruedas al menos 50 m. Gira esquinas solo.
- 0 Dependiente: requiere ayuda mayor.

#### Escalones

- 10 Independiente: capaz de subir y bajar un piso de escaleras sin ayuda o supervisi3n, aunque utilice barandilla o instrumentos de apoyo.
- 5 Necesita ayuda: supervisi3n f3sica o verbal.
- 0 Dependiente: necesita alzamiento (ascensor) o no puede salvar escalones.

**Anexo 5.d.** Cuestionario corto del estado mental de Pfeiffer  
(Pfeiffer, 1975)

Cuestionario corto del estado mental de Pfeiffer.

Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSG) de Pfeiffer

	Acierto	Error
1. ¿Cuál es la fecha de hoy? (mes, día y año)	( )	( )
2. ¿Qué día de la semana es hoy?	( )	( )
3. ¿Cuál es el nombre de este lugar?	( )	( )
4. ¿Cuál es su número de teléfono? ¿Cuál es su dirección? (si no tiene teléfono)	( )	( )
5. ¿Qué edad tiene usted?	( )	( )
6. ¿Cuál es la fecha de su nacimiento?	( )	( )
7. ¿Cómo se llama el rey de España?	( )	( )
8. ¿Quién mandaba en España antes del Rey?	( )	( )
9. ¿Diga el nombre y los apellidos de su madre?	( )	( )
10. ¿Restar de 3 en 3 a partir de 20?	( )	( )

0-2 errores: normal.

3-7 errores: deterioro mental leve-moderado.

8-10 errores: deterioro mental severo.

Con baja escolarización se permite un error más.

Con estudios superiores se contabiliza con un error menos.

**Anexo 6.** Cuestionarios de las variables psicológicas

**Anexo 6.a.** Geriatric Anxiety Inventory, version de 5 ítems, adaptada de Byrne and Pachana (2011) y Marquez González et al (2012)

Me paso mucho tiempo preocupado	Sí/No
Las pequeñas cosas me molestan mucho	Sí/No
Me considero una persona preocupadiza	Sí/No
A menudo me siento nervioso	Sí/No
Mis propios pensamientos me hacer sentir ansioso	Sí/No

**Anexo 6.b.** Escala de depresión geriátrica de Yesavage, versión de 5 preguntas, adaptada de Martí et al (2000) y Dios del Valle et al (2001)

En general, ¿está satisfecho/a con su vida?	Sí/No
¿Se siente con frecuencia aburrido/a?	Sí/No
¿Con frecuencia se siente desamparado/a, desprotegido/a?	Sí/No
¿Prefiere Usted quedarse en la habitación a salir y hacer cosas nuevas?	Sí/No
Actualmente, ¿se siente inútil?	Sí/No

**Anexo 6.c.** Cuestionario Apgar familiar (Bellón Saameño et al., 1996)

¿Está satisfecho de la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?	Sí/No
¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa?	Sí/No
¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en casa?	Sí/No
¿Está satisfecho/a con el tiempo que Usted y su familia pasan juntos?	Sí/No
¿Siente que su familia le quiere?	Sí/No

**Anexo 6.d.** Cuestionario de salud SF-12, versión 2 (1 week-recall),  
licencia otorgada a través de [www.bibliopro.org](http://www.bibliopro.org).

Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales. ¡Gracias por contestar a estas preguntas!

Para cada una de las siguientes preguntas, por favor marque con una  la casilla que mejor corresponda a su respuesta.

1. En general, usted diría que su salud es:

Excelente	Muy buena	Buena	Regular	Mala
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

2. Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. Su salud actual, ¿le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto?

Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No, no me limita nada
▼	▼	▼

- a. Esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora .....  1 .....  2 .....  3
- b. Subir varios pisos por la escalera .....  1 .....  2 .....  3

**3. Durante la última semana, ¿con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo u otras actividades cotidianas a causa de su salud física?**

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
a. ¿Hizo <u>menos</u> de lo que hubiera querido hacer? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b. ¿Estuvo limitado en el <u>tipo</u> de trabajo u otras actividades? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

**4. Durante la última semana, ¿con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo u otras actividades cotidianas a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)?**

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
a. ¿Hizo <u>menos</u> de lo que hubiera querido hacer? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b. ¿Hizo su trabajo u otras actividades cotidianas <u>menos</u> cuidadosamente que de <u>costumbre</u> ? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

**5. Durante la última semana, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?**

Nada	Un poco	Regular	Bastante	Muchísimo
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

SF-12v2® Health Survey © 1994, 2003, 2012 Medical Outcomes Trust and QualityMetric Incorporated. All rights reserved.  
 SF-12® is a registered trademark of Medical Outcomes Trust.  
 (SF-12v2® Health Survey Acute, Spain (Spanish))

**6. Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante la última semana. En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted. Durante la última semana ¿con qué frecuencia...**

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
	▼	▼	▼	▼	▼
a. se sintió calmado y tranquilo?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b. tuvo mucha energía?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c. se sintió desanimado y deprimido?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

**7. Durante la última semana, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?**

Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

***¡Gracias por contestar a estas preguntas!***

**Anexos**

**Anexo 6.e.** Cuestionario de orientación hacia la vida (Orientation to Life Questionnaire) o sentido de coherencia, versión de 3 ítems adaptada de Virués-Ortega (2007) y Lundberg (1995)

¿Encuentra Usted soluciones a problemas o dificultades que otras personas ven como imposibles o desesperantes?

¿Siente que su vida diaria le proporciona satisfacción o bienestar personal?

¿Tiene la impresión de que las cosas que le suceden en su vida diaria son difíciles de entender?

Con respuestas posibles: *Habitualmente, a veces, no*

**Anexo 6.f** *Brief resillient Coping Scale* (BRCS) o escala breve de estrategias resilientes (Limonero et al., 2010)

Busco formas creativas para cambiar las situaciones difíciles

Independientemente de lo que me suceda, creo que puedo controlar mis reacciones

Creo que puedo crecer positivamente haciendo frente a las situaciones difíciles

Busco activamente formas de superar las pérdidas que tengo en la vida

Con respuestas posibles: *No me describe en absoluto, me describe poco, ni poco ni mucho, me describe bastante, me describe muy bien.*

**Anexo 6.g.** *Trait Meta Mood Scale* o escala de inteligencia emocional percibida, versión reducida (Salguero et al., 2007)

Normalmente me preocupo mucho por lo que siento

Frecuentemente puedo definir mis sentimientos

Aunque a veces me siento triste, suelo tener una visión optimista

Pienso que merece la pena prestar atención a mis emociones y estado de ánimo

Casi siempre sé cómo me siento

Intento tener pensamientos positivos aunque me sienta mal

Pienso en mi estado de ánimo constantemente

Normalmente conozco mis sentimientos sobre las personas

Me preocupo por tener un buen estado de ánimo

A menudo pienso en mis sentimientos

Habitualmente me doy cuenta de mis sentimientos en diferentes situaciones

Cuando estoy enfadado intento cambiar mi estado de ánimo

Busco formas creativas para cambiar las situaciones difíciles

Independientemente de lo que me suceda, creo que puedo controlar mis reacciones

Creo que puedo crecer positivamente haciendo frente a las situaciones difíciles

Busco activamente formas de superar las pérdidas que tengo en la vida

Con respuestas posibles: *Nada de acuerdo, algo de acuerdo, bastante de acuerdo, muy de acuerdo, totalmente de acuerdo.*

## Bibliografía

- Abdul-Razzak, A., You, J., Sherifali, D., Simon, J., & Brazil, K. (2014). 'Conditional candour' and 'knowing me': an interpretive description study on patient preferences for physician behaviours during end-of-life communication. *BMJ Open*, *4*(10), e005653. doi:10.1136/bmjopen-2014-005653
- Abizanda Soler, P. (2014). [Frailty: the new paradigm of health care in the elderly]. *Med Clin (Barc)*, *143*(5), 205-206. doi:10.1016/j.medcli.2013.10.017
- Abrahamsen, B., van Staa, T., Ariely, R., Olson, M., & Cooper, C. (2009). Excess mortality following hip fracture: a systematic epidemiological review. *Osteoporos Int*, *20*(10), 1633-1650. doi:10.1007/s00198-009-0920-3
- Acquadro, C., Conway, K., Hareendran, A., & Aaronson, N. (2008). Literature review of methods to translate health-related quality of life questionnaires for use in multinational clinical trials. *Value Health*, *11*(3), 509-521. doi:10.1111/j.1524-4733.2007.00292.x
- Alarcon, T., Gonzalez-Montalvo, J. I., Barcena, A., & Gotor, P. (2006). Post-fall syndrome: a matter to study in patients with hip fractures admitted to orthopaedic wards. *Age Ageing*, *35*(2), 205-206. doi:10.1093/ageing/afj046
- Alcalde Tirado, P. (2010). [Fear of falling]. *Rev Esp Geriatr Gerontol*, *45*(1), 38-44. doi:10.1016/j.regg.2009.10.006
- Alvarez-Nebreda, M. L., Jiménez, A. B., Rodríguez, P., & Serra, J. A. (2008). Epidemiology of hip fracture in the elderly in Spain. *Bone*, *42*(2), 278-285. doi:10.1016/j.bone.2007.10.001
- Alzahrani, K., Gandhi, R., Davis, A., & Mahomed, N. (2010). In-hospital mortality following hip fracture care in southern Ontario. *Can J Surg*, *53*(5), 294-298.
- Ambiàs, J., Espauella, J., Blay, C., Molist, N., Lucchetti, G., Anglada, A., & Roca, J. (2013). Tópicos y reflexiones sobre la reducción de ingresos hospitalarios: de la evidencia a la práctica. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, *48*(06), 290-296.
- American Geriatrics Society, Expert Panel. (2011). Summary of the Updated American Geriatrics Society/British Geriatrics Society clinical practice guideline for prevention of falls in older persons. *J Am Geriatr Soc*, *59*(1), 148-157. doi:10.1111/j.1532-5415.2010.03234.x
- American Geriatrics Society, Expert Panel on the Care of Older Adults with Multimorbidity. (2012). Guiding principles for the care of older adults with multimorbidity: an approach for clinicians: American Geriatrics Society Expert Panel on the Care of Older Adults with Multimorbidity. *J Am Geriatr Soc*, *60*(10), E1-E25. doi:10.1111/j.1532-5415.2012.04188.x

- Archibald, G. (2003). Patients' experiences of hip fracture. *J Adv Nurs*, 44(4), 385-392.
- Auais, M., Morin, S., Nadeau, L., Finch, L., & Mayo, N. (2013). Changes in frailty-related characteristics of the hip fracture population and their implications for healthcare services: evidence from Quebec, Canada. *Osteoporos Int*, 24(10), 2713-2724. doi:10.1007/s00198-013-2390-x
- Avellana Zaragoza, J., & Fernández Portal, L. (2007). *Guía de buena práctica clínica en geriatría : anciano afecto de fractura de cadera*. Barcelona: Elsevier Doyma.
- Azagra, R., Lopez, F., Martin, J. C., Aguye, A., Moreno, N., Cooper, C., . . . Dennison, E. M. (2014). Changing trends in the epidemiology of hip fracture in Spain. *Osteoporos Int*, 25(4), 1267-1274. doi:10.1007/s00198-013-2586-0
- Bachmann, S., Finger, C., Huss, A., Egger, M., Stuck, A. E., & Clough-Gorr, K. M. (2010). Inpatient rehabilitation specifically designed for geriatric patients: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ*, 340, c1718.
- Bacon, W. E., Maggi, S., Looker, A., Harris, T., Nair, C. R., Giaconi, J., . . . Gonzalez, N. (1996). International comparison of hip fracture rates in 1988-89. *Osteoporos Int*, 6(1), 69-75.
- Bartlam, B., Crome, P., Lally, F., Beswick, A., Cherubini, A., Clarfield, A., . . . Zalewski, Z. (2012). The views of older people and carers on participation in clinical trials: the PREDICT Study. *Clin Invest*, 2(3), 327-336.
- Bayés, R. (1998). [Palliation and evaluation of suffering in clinical practice]. *Med Clin (Barc)*, 110(19), 740-743.
- Bayés, R. (2000). Principios de la investigación psicosocial en cuidados paliativos. In M. Die Trill & E. López Imedio (Eds.), *Aspectos psicológicos en cuidados paliativos: La comunicación con el enfermo y la familia* (pp. 651-668). Madrid: ADES.
- Bayés, R. (2001). *Psicología del sufrimiento y de la muerte*. Barcelona: Martínez Roca.
- Bayés, R. (2002). El sufrimiento: evaluación y medidas para su alivio. In W. Astudillo, A. Morales, & A. Clavé (Eds.), *Avances recientes en cuidados paliativos* (pp. 285-294). San Sebastián: Michelena Artes Gráficas.
- Bayés, R. (2003a). Dificultades para el diseño de instrumentos de evaluación psicológica en cuidados paliativos. *Med Paliat (Madrid)*, 10(Supl 1), 74-76.
- Bayés, R. (2003b). Investigación psicosocial en cuidados paliativos. In A. Couceiro (Ed.), *Ética y cuidados paliativos*. Madrid: Triacastela.
- Bayés, R. (2009). *Vivir : guía para una jubilación activa*. Barcelona: Paidós.

- Bayés, R. (2013). Las 12 perlas de mi collar paliativo. *Ágora de enfermería*, 17(4), 156-157.
- Bayés, R., Arranz, P., Barbero, J., & Barreto, P. (1996). Propuesta de un modelo integral para una intervención terapéutica paliativa. *Med Pal*, 3(3), 18-25.
- Bayés, R., & Limonero, J. T. (1999). Aspectos emocionales del proceso de morir. In F. Palmero (Ed.), *Emociones y salud*. Barcelona: Ariel.
- Bayés, R., Limonero, J. T., Barreto, P., & Comas, M. D. (1995). Assessing suffering. *Lancet*, 346(8988), 1492.
- Bayés, R., Limonero, J. T., Barreto, P., & Comas, M. D. (1997). A way to screen for suffering in palliative care. *J Palliat Care*, 13(2), 22-26.
- Baztan, J. J., Suarez-Garcia, F. M., Lopez-Arrieta, J., & Rodriguez-Manas, L. (2011). [Efficiency of acute geriatric units: a meta-analysis of controlled studies] *Rev Esp Geriatr Gerontol* (Vol. 46, pp. 186-192). Spain: 2010 SEGG. Published by Elsevier Espana.
- Baztán, J. J., González, M., Morales, C., Vázquez, E., Morón, N., Forcano, S., & Ruipérez, I. (2004). [Variables associated with functional recovery and post-discharge institutionalization of elderly cared in an average stay geriatric unit]. *Rev Clin Esp*, 204(11), 574-582.
- Beaton, D. E., Bombardier, C., Guillemin, F., & Ferraz, M. B. (2000). Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine (Phila Pa 1976)*, 25(24), 3186-3191.
- Beaupre, L. A., Binder, E. F., Cameron, I. D., Jones, C. A., Orwig, D., Sherrington, C., & Magaziner, J. (2013). Maximising functional recovery following hip fracture in frail seniors. *Best Pract Res Clin Rheumatol*, 27(6), 771-788. doi:10.1016/j.berh.2014.01.001
- Bellón Saameño, J. A., Delgado Sánchez, A., Luna del Castillo, J. d. D., & Lardelli Claret, P. (1996). Validity and reliability of the Apgar-family questionnaire on family function. *Atención Primaria*, 18(6), 289-296.
- Bentler, S. E., Liu, L., Obrizan, M., Cook, E. A., Wright, K. B., Geweke, J. F., . . . Wolinsky, F. D. (2009). The aftermath of hip fracture: discharge placement, functional status change, and mortality. *Am J Epidemiol*, 170(10), 1290-1299. doi:10.1093/aje/kwp266
- Bergh, I., Jakobsson, E., Sjostrom, B., & Steen, B. (2005). Ways of talking about experiences of pain among older patients following orthopaedic surgery. *J Adv Nurs*, 52(4), 351-359; discussion 360-351. doi:10.1111/j.1365-2648.2005.03607.x
- Bertram, M., Norman, R., Kemp, L., & Vos, T. (2011). Review of the long-term disability associated with hip fractures. *Inj Prev*, 17(6), 365-370. doi:10.1136/ip.2010.029579

- Berwick, D. M., Nolan, T. W., & Whittington, J. (2008). The triple aim: care, health, and cost. *Health Aff (Millwood)*, 27(3), 759-769. doi:10.1377/hlthaff.27.3.759
- Bidstrup, P. E., Johansen, C., & Mitchell, A. J. (2011). Screening for cancer-related distress: Summary of evidence from tools to programmes. *Acta Oncol*, 50(2), 194-204. doi:10.3109/0284186x.2010.533192
- Bleibler, F., Konnopka, A., Benzinger, P., Rapp, K., & König, H. H. (2013). The health burden and costs of incident fractures attributable to osteoporosis from 2010 to 2050 in Germany--a demographic simulation model. *Osteoporos Int*, 24(3), 835-847. doi:10.1007/s00198-012-2020-z
- Borrell-Carrio, F., Suchman, A. L., & Epstein, R. M. (2004). The biopsychosocial model 25 years later: principles, practice, and scientific inquiry *Ann Fam Med* (Vol. 2, pp. 576-582). United States.
- Borrell-Carrió, F. (2002). El modelo biopsicosocial en evolución. *Med Clin (Barc)*, 119(5), 175-179.
- Bottomley, A., Jones, D., & Claassens, L. (2009). Patient-reported outcomes: assessment and current perspectives of the guidelines of the Food and Drug Administration and the reflection paper of the European Medicines Agency. *Eur J Cancer*, 45(3), 347-353. doi:10.1016/j.ejca.2008.09.032
- Boufous, S., Finch, C. F., & Lord, S. R. (2004). Incidence of hip fracture in New South Wales: are our efforts having an effect? *Med J Aust*, 180(12), 623-626.
- Brauer, C. A., Coca-Perrailon, M., Cutler, D. M., & Rosen, A. B. (2009). Incidence and mortality of hip fractures in the United States. *JAMA*, 302(14), 1573-1579. doi:10.1001/jama.2009.1462
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol*, 3(2), 77-101.
- Bruggemann, L., Nixon, R. D., & Cavenett, T. (2007). Predicting acute anxiety and depression following hip fracture. *J Behav Med*, 30(2), 97-105. doi:10.1007/s10865-006-9088-x
- Buchi, S., Buddeberg, C., Klaghofer, R., Russi, E. W., Brandli, O., Schlosser, C., . . . Sensky, T. (2002). Preliminary validation of PRISM (Pictorial Representation of Illness and Self Measure) - a brief method to assess suffering. *Psychother Psychosom*, 71(6), 333-341. doi:65994
- Buchi, S., & Sensky, T. (1999). PRISM: Pictorial Representation of Illness and Self Measure. A brief nonverbal measure of illness impact and therapeutic aid in psychosomatic medicine. *Psychosomatics*, 40(4), 314-320. doi:10.1016/s0033-3182(99)71225-9
- Buchi, S., Sensky, T., Sharpe, L., & Timberlake, N. (1998). Graphic representation of illness: a novel method of measuring patients'

- perceptions of the impact of illness. *Psychother Psychosom*, 67(4-5), 222-225.
- Buchi, S., Villiger, P., Kauer, Y., Klaghofer, R., Sensky, T., & Stoll, T. (2000). PRISM (Pictorial Representation of Illness and Self Measure)- a novel visual method to assess the global burden of illness in patients with systemic lupus erythematosus. *Lupus*, 9(5), 368-373.
- Burgos, E., Gomez-Arnau, J. I., Diez, R., Munoz, L., Fernandez-Guisasola, J., & Garcia del Valle, S. (2008). Predictive value of six risk scores for outcome after surgical repair of hip fracture in elderly patients. *Acta Anaesthesiol Scand*, 52(1), 125-131. doi:10.1111/j.1399-6576.2007.01473.x
- Burns, A., Banerjee, S., Morris, J., Woodward, Y., Baldwin, R., Proctor, R., . . . Horan, M. (2007). Treatment and prevention of depression after surgery for hip fracture in older people: randomized, controlled trials. *J Am Geriatr Soc*, 55(1), 75-80. doi:10.1111/j.1532-5415.2007.01016.x
- Burnside, I., Preski, S., & Hertz, J. E. (1998). Research instrumentation and elderly subjects. *Image J Nurs Sch*, 30(2), 185-190.
- Byrne, G. J., & Pachana, N. A. (2011). Development and validation of a short form of the Geriatric Anxiety Inventory--the GAI-SF. *Int Psychogeriatr*, 23(1), 125-131. doi:10.1017/s1041610210001237
- Callahan, D. (2000). Death and the research imperative. *N Engl J Med*, 342(9), 654-656. doi:10.1056/NEJM200003023420910
- Casasbuenas Duarte, L. (2008). *La Entrevista en la relación médico-paciente : perspectiva de análisis pragmático-discursivo*. (Tesis doctoral - Universitat Autònoma de Barcelona, Facultat de Comunicació, Departament de Periodisme i Ciències de la Comunicació, 2008). Retrieved from <http://www.tdx.cat/TDX-0925109-120553/Retrieved> from <http://ddd.uab.cat/record/55105>
- Cassel, E. J. (1982). The nature of suffering and the goals of medicine. *N Engl J Med*, 306(11), 639-645. doi:10.1056/NEJM198203183061104
- Cassell, E. J. (1985a). *Talking with patients*. Cambridge [etc.]: MIT Press.
- Cassell, E. J. (1985b). *The healer's art* (1st MIT Press ed.). Cambridge, Mass.: MIT Press.
- Cassell, E. J. (1991). Recognizing suffering. *Hastings Cent Rep*, 21(3), 24-31.
- Cassell, E. J. (1991). *The nature of suffering and the goals of medicine* (2nd ed. 2004 ed.). New York: Oxford University Press.
- Cassell, E. J. (1999). Diagnosing suffering: a perspective. *Ann Intern Med*, 131(7), 531-534.

- Cassell, E. J. (2015). On the destructiveness of scientism. *Hastings Cent Rep*, 45(1), 46-47. doi:10.1002/hast.418
- Cassell, E. J., & Fundació Víctor Grífols i Lucas. (2009). *La persona como sujeto de la medicina*. Barcelona: Fundació Víctor Grífols i Lucas.
- Chapman, C. R., & Gavrin, J. (1993). Suffering and its relationship to pain. *J Palliat Care*, 9(2), 5-13.
- Charlson, M. E., Pompei, P., Ales, K. L., & MacKenzie, C. R. (1987). A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *J Chronic Dis*, 40(5), 373-383.
- Cheng, S. Y., Levy, A. R., Lefavre, K. A., Guy, P., Kuramoto, L., & Sobolev, B. (2011). Geographic trends in incidence of hip fractures: a comprehensive literature review. *Osteoporos Int*, 22(10), 2575-2586. doi:10.1007/s00198-011-1596-z
- Cherubini, A., Oristrell, J., Pla, X., Ruggiero, C., Ferretti, R., Diestre, G., . . . Mills, G. H. (2011). The persistent exclusion of older patients from ongoing clinical trials regarding heart failure. *Arch Intern Med*, 171(6), 550-556. doi:10.1001/archinternmed.2011.31
- Chochinov, H. M. (2007). Dignity and the essence of medicine: the A, B, C, and D of dignity conserving care. *Bmj*, 335(7612), 184-187. doi:10.1136/bmj.39244.650926.47
- Chochinov, H. M., McClement, S. E., Hack, T. F., McKeen, N. A., Rach, A. M., Gagnon, P., . . . Taylor-Brown, J. (2013). Health care provider communication: an empirical model of therapeutic effectiveness. *Cancer*, 119(9), 1706-1713. doi:10.1002/cncr.27949
- Chudyk, A. M., Jutai, J. W., Petrella, R. J., & Speechley, M. (2009). Systematic review of hip fracture rehabilitation practices in the elderly. *Arch Phys Med Rehabil*, 90(2), 246-262. doi:10.1016/j.apmr.2008.06.036
- Clegg, A., Young, J., Iliffe, S., Rikkert, M. O., & Rockwood, K. (2013). Frailty in elderly people. *Lancet*, 381(9868), 752-762. doi:10.1016/S0140-6736(12)62167-9
- Closs, S. (2007). Assessment of pain, mood, and quality of life. In P. Crome, C. J. Main, & F. Lally (Eds.), *Pain in older people*. Oxford ; New York: Oxford University Press.
- Clèries, X. (2006). *La comunicación: una competencia esencial para los profesionales de la salud*. Barcelona: MASSON, S.A.
- Cooper, C. (1999). Epidemiology of osteoporosis. *Osteoporos Int*, 9 Suppl 2, S2-8.
- Coulter, A., Locock, L., Ziebland, S., & Calabrese, J. (2014). Collecting data on patient experience is not enough: they must be used to improve care. *BMJ*, 348, g2225.

- Crome, P., Cherubini, A., & Oristrell, J. (2014). The PREDICT (increasing the participation of the elderly in clinical trials) study: the charter and beyond. *Expert Rev Clin Pharmacol*, 7(4), 457-468. doi:10.1586/17512433.2014.922864
- Crome, P., Lally, F., Cherubini, A., Oristrell, J., Beswick, A. D., Clarfield, A. M., . . . Mills, G. (2011). Exclusion of older people from clinical trials: professional views from nine European countries participating in the PREDICT study. *Drugs Aging*, 28(8), 667-677. doi:10.2165/11591990-000000000-00000
- Crotty, M., Unroe, K., Cameron, I. D., Miller, M., Ramirez, G., & Couzner, L. (2010). Rehabilitation interventions for improving physical and psychosocial functioning after hip fracture in older people. *Cochrane Database Syst Rev*(1), CD007624. doi:10.1002/14651858.CD007624.pub3
- Cumming, R. G., Salkeld, G., Thomas, M., & Szonyi, G. (2000). Prospective study of the impact of fear of falling on activities of daily living, SF-36 scores, and nursing home admission. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 55(5), M299-305.
- Cummings, S. R., Rubin, S. M., & Black, D. (1990). The future of hip fractures in the United States. Numbers, costs, and potential effects of postmenopausal estrogen. *Clin Orthop Relat Res*(252), 163-166.
- De Dios del Valle, R., Hernández Sánchez, A. M., Rexach Cano, L. I., & Cruz Jentoft, A. J. (2001). Validación de una versión de cinco ítems de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage en población española. *Rev Esp Geriatr Gerontol*, 36(5), 276-280.
- De Rui, M., Veronese, N., Manzato, E., & Sergi, G. (2013). Role of comprehensive geriatric assessment in the management of osteoporotic hip fracture in the elderly: an overview. *Disabil Rehabil*, 35(9), 758-765. doi:10.3109/09638288.2012.707747
- Dhanda, J. (2014). Treating patient experience and clinical outcomes equally. *BMJ*, 348, g2714.
- Diener, L., Hugonot-Diener, L., Alvino, S., Baeyens, J. P., Bone, M. F., Chirita, D., . . . Party, E. F. f. G. C. P. G. M. W. (2013). Guidance synthesis. Medical research for and with older people in Europe: proposed ethical guidance for good clinical practice: ethical considerations. *J Nutr Health Aging*, 17(7), 625-627. doi:10.1007/s12603-013-0340-0
- Dorra, H. H., Lenze, E. J., Kim, Y., Mulsant, B. H., Munin, M. C., Dew, M. A., & Reynolds, C. F., 3rd. (2002). Clinically relevant behaviors in elderly hip fracture inpatients. *Int J Psychiatry Med*, 32(3), 249-259.
- Duaso, E., Casas, A., Formiga, F., Lazaro Del Noyal, M., Salva, A., Marcellan, T., & Navarro, C. (2011). [Falls and osteoporotic fractures prevention units: proposed Osteoporosis, Falls and Fractures Group of the Spanish Society of Geriatrics and

- Gerontology] *Rev Esp Geriatr Gerontol* (Vol. 46, pp. 268-274). Spain: 2011 SEGG. Published by Elsevier Espana.
- Dubljanin Raspopovic, E., Maric, N., Nedeljkovic, U., Ilic, N., Tomanovic Vujadinovic, S., & Bumbasirevic, M. (2014). Do depressive symptoms on hospital admission impact early functional outcome in elderly patients with hip fracture? *Psychogeriatrics*, *14*(2), 118-123. doi:10.1111/psyg.12049
- Duggal, N. A., Beswetherick, A., Upton, J., Hampson, P., Phillips, A. C., & Lord, J. M. (2014). Depressive symptoms in hip fracture patients are associated with reduced monocyte superoxide production. *Exp Gerontol*, *54*, 27-34. doi:10.1016/j.exger.2014.01.028
- Dwamena, F., Holmes-Rovner, M., Gaulden, C. M., Jorgenson, S., Sadigh, G., Sikorskii, A., . . . Olomu, A. (2012). Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations. *Cochrane Database Syst Rev*, *12*, CD003267. doi:10.1002/14651858.CD003267.pub2
- Dy, C. J., McCollister, K. E., Lubarsky, D. A., & Lane, J. M. (2011). An economic evaluation of a systems-based strategy to expedite surgical treatment of hip fractures. *J Bone Joint Surg Am*, *93*(14), 1326-1334. doi:10.2106/JBJS.I.01132
- Elffors, I., Allander, E., Kanis, J. A., Gullberg, B., Johnell, O., Dequeker, J., . . . et al. (1994). The variable incidence of hip fracture in southern Europe: the MEDOS Study. *Osteoporos Int*, *4*(5), 253-263.
- Engel, G. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, *196*(4286), 129-136.
- Epstein, R. M. (1999). Mindful practice. *JAMA*, *282*(9), 833-839.
- Epstein, R. M., Franks, P., Shields, C. G., Meldrum, S. C., Miller, K. N., Campbell, T. L., & Fiscella, K. (2005). Patient-centered communication and diagnostic testing. *Ann Fam Med*, *3*(5), 415-421. doi:10.1370/afm.348
- Epstein, R. M., & Hundert, E. M. (2002). Defining and assessing professional competence. *JAMA*, *287*(2), 226-235.
- Feng, L., Scherer, S. C., Tan, B. Y., Chan, G., Fong, N. P., & Ng, T. P. (2010). Comorbid cognitive impairment and depression is a significant predictor of poor outcomes in hip fracture rehabilitation *Int Psychogeriatr* (Vol. 22, pp. 246-253). England.
- Fitzsimmons, D., Gilbert, J., Howse, F., Young, T., Arrarras, J. I., Brédart, A., . . . Johnson, C. D. (2009). A systematic review of the use and validation of health-related quality of life instruments in older cancer patients. *Eur J Cancer*, *45*(1), 19-32. doi:10.1016/j.ejca.2008.07.036
- Fortin, A. H., & Smith, R. C. (2012). *Smith's patient-centered interviewing an evidence-based method* (3rd ed.). New York: McGraw-Hill Medical,.

- Frank, J. (2005). *The CanMEDS 2005 physician competency framework: Better standards, better physicians, better care*. Ottawa: The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada.
- Fredman, L., Hawkes, W. G., Black, S., Bertrand, R. M., & Magaziner, J. (2006). Elderly patients with hip fracture with positive affect have better functional recovery over 2 years. *J Am Geriatr Soc*, *54*(7), 1074-1081. doi:10.1111/j.1532-5415.2006.00786.x
- Frei, A., Williams, K., Vetsch, A., Dobbels, F., Jacobs, L., Rudell, K., & Puhan, M. A. (2011). A comprehensive systematic review of the development process of 104 patient-reported outcomes (PROs) for physical activity in chronically ill and elderly people. *Health Qual Life Outcomes*, *9*, 116. doi:10.1186/1477-7525-9-116
- Fried, L. P., Tangen, C. M., Walston, J., Newman, A. B., Hirsch, C., Gottdiener, J., . . . Group, C. H. S. C. R. (2001). Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, *56*(3), M146-156.
- Frost, S. A., Nguyen, N. D., Black, D. A., Eisman, J. A., & Nguyen, T. V. (2011). Risk factors for in-hospital post-hip fracture mortality. *Bone*, *49*(3), 553-558. doi:10.1016/j.bone.2011.06.002
- Fundació Institut Català de l'Envel·liment, Universitat Autònoma de Barcelona. (2004). Anuari de l'envelliment. Catalunya 2004.
- Furstenberg, A. L. (1986). Expectations about outcome following hip fracture among older people. *Soc Work Health Care*, *11*(4), 33-47. doi:10.1300/J010v11n04\_03
- Generalitat de Catalunya, Departament de Salut. (2012a). *Pla de Salut 2011-2015* Retrieved from <http://salutweb.gencat.cat/ca/>
- Generalitat de Catalunya, Departament de Salut. (2012b). *Programa de Prevenció i Atenció a la Cronicitat* Retrieved from [http://salutweb.gencat.cat/ca/ambits\\_tematicos/linies\\_dactuacio/model\\_assistencial/atencio\\_al\\_malalt\\_cronic/](http://salutweb.gencat.cat/ca/ambits_tematicos/linies_dactuacio/model_assistencial/atencio_al_malalt_cronic/)
- Generalitat de Catalunya, Departament de Salut,, Observatori del Sistema de Salut de Catalunya. (2012). *Informe de Salut de Catalunya 2011.*: Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut. Servei Català de la Salut.
- Generalitat de Catalunya, Departament de Salut,, Pla director sociosanitari. (2014). *Adequació de la xarxa sociosanitària en l'atenció a la cronicitat*. Barcelona: Departament de Salut.
- Generalitat de Catalunya, Departament de Salut. (2014). *Activitat assistencial de la xarxa sanitària a Catalunya 2013*. Retrieved from [http://catsalut.gencat.cat/web/.content/minisite/catsalut/proveidors\\_professionals/registres\\_catalegs/documents/cmbd\\_2013.pdf](http://catsalut.gencat.cat/web/.content/minisite/catsalut/proveidors_professionals/registres_catalegs/documents/cmbd_2013.pdf)
- Generalitat de Catalunya, Departament de Sanitat i Seguretat Social. (2003). *Llibre blanc de les professions sanitàries a Catalunya*. Barcelona: Generalitat de Catalunya.

- Generalitat de Catalunya, Programa de Prevenció i Atenció a la Cronicitat. (2013). *Guia per a la implementació territorial de projecte de millora en l'atenció a la complexitat*. Barcelona.
- Gillespie, L. D., Robertson, M. C., Gillespie, W. J., Sherrington, C., Gates, S., Clemson, L. M., & Lamb, S. E. (2012). Interventions for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane Database Syst Rev*, 9, CD007146. doi:10.1002/14651858.CD007146.pub3
- Giusti, A., Barone, A., Razzano, M., Pizzonia, M., & Pioli, G. (2011). Optimal setting and care organization in the management of older adults with hip fracture. *Eur J Phys Rehabil Med*, 47(2), 281-296.
- Griffin, S. J., Kinmonth, A. L., Veltman, M. W., Gillard, S., Grant, J., & Stewart, M. (2004). Effect on health-related outcomes of interventions to alter the interaction between patients and practitioners: a systematic review of trials. *Ann Fam Med*, 2(6), 595-608. doi:10.1370/afm.142
- Griffiths, F., Mason, V., Boardman, F., Dennick, K., Haywood, K., Achten, J., . . . Costa, M. (2015). Evaluating recovery following hip fracture: a qualitative interview study of what is important to patients. *BMJ Open*, 5(1), e005406. doi:10.1136/bmjopen-2014-005406
- Grupo, & trabajo. (2010). *Guía de Práctica Clínica sobre Osteoporosis y Prevención de Fracturas por Fragilidad* (Vol. Guías de Práctica Clínica en SNS: AATRM N° 2007/02): Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut de Catalunya.
- Guirao-Goris, J. A., Cabrero-Garcia, J., Moreno Pina, J. P., & Munoz-Mendoza, C. L. (2009). [Structured review of physical activity measurement with questionnaires and scales in older adults and the elderly]. *Gac Sanit*, 23(4), 334.e331-334.e317. doi:10.1016/j.gaceta.2009.03.002
- Gullberg, B., Johnell, O., & Kanis, J. A. (1997). World-wide projections for hip fracture. *Osteoporos Int*, 7(5), 407-413.
- Haentjens, P., Magaziner, J., Colon-Emeric, C. S., Vanderschueren, D., Milisen, K., Velkeniers, B., & Boonen, S. (2010). Meta-analysis: excess mortality after hip fracture among older women and men *Ann Intern Med* (Vol. 152, pp. 380-390). United States.
- Hall, S., & Beatty, S. (2014). Assessing spiritual well-being in residents of nursing homes for older people using the FACIT-Sp-12: a cognitive interviewing study. *Qual Life Res*, 23(6), 1701-1711. doi:10.1007/s11136-014-0627-6
- Handoll, H. H., Cameron, I. D., Mak, J. C., & Finnegan, T. P. (2009). Multidisciplinary rehabilitation for older people with hip fractures. *Cochrane Database Syst Rev*(4), CD007125. doi:10.1002/14651858.CD007125.pub2

- Harris, R., & Dyson, E. (2001). Recruitment of frail older people to research: lessons learnt through experience. *J Adv Nurs*, 36(5), 643-651.
- Hastings. (1996). The goals of medicine. Setting new priorities. *Hastings Cent Rep*, 26(6), S1-27.
- Hazzard, W. R., & Halter, J. B. (2009). *Hazzard's geriatric medicine and gerontology* (6th ed.). New York: McGraw-Hill Medical Pub. Division.
- Hempenius, L., Slaets, J. P., Boelens, M. A., van Asselt, D. Z., de Bock, G. H., Wiggers, T., & van Leeuwen, B. L. (2013). Inclusion of frail elderly patients in clinical trials: solutions to the problems. *J Geriatr Oncol*, 4(1), 26-31. doi:10.1016/j.jgo.2012.08.004
- Hernandez, J. L., Olmos, J. M., Alonso, M. A., Gonzalez-Fernandez, C. R., Martinez, J., Pajaron, M., . . . Gonzalez-Macias, J. (2006). Trend in hip fracture epidemiology over a 14-year period in a Spanish population. *Osteoporos Int*, 17(3), 464-470. doi:10.1007/s00198-005-0008-7
- Hip fracture. (2015). *Online health library. Orthopaedic Surgery*. Retrieved from <http://www.uchospitals.edu/online-library/content=P08957>
- Hojat, M., Louis, D. Z., Markham, F. W., Wender, R., Rabinowitz, C., & Gonnella, J. S. (2011). Physicians' empathy and clinical outcomes for diabetic patients. *Acad Med*, 86(3), 359-364. doi:10.1097/ACM.0b013e3182086fe1
- Holmes, J., & House, A. (2000). Psychiatric illness predicts poor outcome after surgery for hip fracture: a prospective cohort study. *Psychol Med*, 30(4), 921-929.
- Holmes, J. D., & House, A. O. (2000). Psychiatric illness in hip fracture. *Age Ageing*, 29(6), 537-546.
- Houldin, A. D., & Hogan-Quigley, B. (1995). Psychological intervention for older hip fracture patients. *J Gerontol Nurs*, 21(12), 20-26.
- Hu, F., Jiang, C., Shen, J., Tang, P., & Wang, Y. (2012). Preoperative predictors for mortality following hip fracture surgery: a systematic review and meta-analysis. *Injury*, 43(6), 676-685. doi:10.1016/j.injury.2011.05.017
- Huang, Y. F., Liang, J., & Shyu, Y. I. (2014). Ageism perceived by the elderly in Taiwan following hip fracture. *Arch Gerontol Geriatr*, 58(1), 30-36. doi:10.1016/j.archger.2013.08.009
- Huddleston, J. M., & Whitford, K. J. (2001). Medical care of elderly patients with hip fractures *Mayo Clin Proc* (Vol. 76, pp. 295-298). United States.
- Hulme, C., Long, A. F., Kneafsey, R., & Reid, G. (2004). Using the EQ-5D to assess health-related quality of life in older people. *Age Ageing*, 33(5), 504-507. doi:10.1093/ageing/afh178

- Hutchings, L., Fox, R., & Chesser, T. (2011). Proximal femoral fractures in the elderly: how are we measuring outcome? *Injury*, 42(11), 1205-1213. doi:10.1016/j.injury.2010.12.016
- Huycke, L. I., & Huycke, M. M. (1994). Characteristics of potential plaintiffs in malpractice litigation. *Ann Intern Med*, 120(9), 792-798.
- Inouye, S. K., van Dyck, C. H., Alessi, C. A., Balkin, S., Siegel, A. P., & Horwitz, R. I. (1990). Clarifying confusion: the confusion assessment method. A new method for detection of delirium. *Ann Intern Med*, 113(12), 941-948.
- Institut d'Estadística de Catalunya, Generalitat de Catalunya. Estructura per edats, envelliment i dependència. Estadístiques de poblacions. Indicadors demogràfics. Retrieved 08/02/2015, from Generalitat de Catalunya.
- Institut d'Estadística de Catalunya, Generalitat de Catalunya. (2007). *Projeccions de població de Catalunya: 2015-2030*. G. d. Catalunya (Ed.) Retrieved from <http://www.idescat.cat/cat/idescat/publicacions/cataleg/pdfdocs/ppc15-30.pdf>
- Institut d'Estudis de la Salut, Consell Català d'Especialitats en Ciències de la Salut. (2002). *Competències de professions sanitàries*. Barcelona: Generalitat de Catalunya.
- Institute of Medicine (U.S.), Committee on Quality of Health Care in America. (2001). *Crossing the quality chasm : a new health system for the 21st century*. Washington, D.C.: National Academy Press.
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales (España). (2009). *Las personas mayores en España : datos estadísticos estatales y por Comunidades Autónomas : informe 2008*. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales.
- Instituto Nacional de Estadística de España. (2010). *Proyección de la población de España a largo plazo, 2009-2049* Vol. 2015. *Notas de prensa* Retrieved from <http://www.ine.es/prensa/prensa.htm>
- International, & Panel. (1997). Who are candidates for prevention and treatment for osteoporosis? *Osteoporos Int*, 7(1), 1-6.
- James, W. (1890). *Principles of Psychology*. New York: Holt.
- Jiménez-Sánchez, M. D., Córcoles-Jiménez, M. P., del Egidio-Fernández, M., Villada-Munera, A., Candel-Parra, E., & Moreno-Moreno, M. (2011). [Analysis of hip-fracture falls in the elderly]. *Enferm Clin*, 21(3), 143-150. doi:10.1016/j.enfcli.2011.02.004
- Johnell, O., & Kanis, J. A. (2006). An estimate of the worldwide prevalence and disability associated with osteoporotic fractures. *Osteoporos Int*, 17(12), 1726-1733. doi:10.1007/s00198-006-0172-4
- Jones, R., Murphy, E., & Crosland, A. (1995). Primary care research ethics. *Br J Gen Pract*, 45(400), 623-626.

- Kamholz, B., & Unützer, J. (2007). Depression after hip fracture. *J Am Geriatr Soc*, 55(1), 126-127. doi:10.1111/j.1532-5415.2006.01022.x
- Kanis, J. A., Delmas, P., Burckhardt, P., Cooper, C., & Torgerson, D. (1997). Guidelines for diagnosis and management of osteoporosis. The European Foundation for Osteoporosis and Bone Disease. *Osteoporos Int*, 7(4), 390-406.
- Kanis, J. A., Johnell, O., De Laet, C., Johansson, H., Oden, A., Delmas, P., . . . Tenenhouse, A. (2004). A meta-analysis of previous fracture and subsequent fracture risk. *Bone*, 35(2), 375-382. doi:10.1016/j.bone.2004.03.024
- Kanis, J. A., Johnell, O., Oden, A., Sembo, I., Redlund-Johnell, I., Dawson, A., . . . Jonsson, B. (2000). Long-term risk of osteoporotic fracture in Malmö. *Osteoporos Int*, 11(8), 669-674.
- Kanis, J. A., Oden, A., McCloskey, E. V., Johansson, H., Wahl, D. A., & Cooper, C. (2012). A systematic review of hip fracture incidence and probability of fracture worldwide. *Osteoporos Int*, 23(9), 2239-2256. doi:10.1007/s00198-012-1964-3
- Kannus, P., Parkkari, J., Sievanen, H., Heinonen, A., Vuori, I., & Jarvinen, M. (1996). Epidemiology of hip fractures. *Bone*, 18(1 Suppl), 57S-63S.
- Kendrick, D., Kumar, A., Carpenter, H., Zijlstra, G. A., Skelton, D. A., Cook, J. R., . . . Delbaere, K. (2014). Exercise for reducing fear of falling in older people living in the community. *Cochrane Database Syst Rev*, 11, CD009848. doi:10.1002/14651858.CD009848.pub2
- Krikorian, A. (2008). Valoración del sufrimiento en pacientes con cáncer avanzado. *Psicooncología*, 5((2-3)), 257-264.
- Krikorian, A., & Limonero, J. T. (2012). An integrated view of suffering in palliative care. *J Palliat Care*, 28(1), 41-49.
- Krikorian, A., Limonero, J. T., & Corey, M. T. (2013). Suffering assessment: a review of available instruments for use in palliative care. *J Palliat Med*, 16(2), 130-142. doi:10.1089/jpm.2012.0370
- Krikorian, A., Limonero, J. T., & Maté, J. (2012). Suffering and distress at the end-of-life. *Psychooncology*, 21(8), 799-808. doi:10.1002/pon.2087
- Krikorian, A., Limonero, J. T., Román, J. P., Vargas, J. J., & Palacio, C. (2013). Predictors of Suffering in Advanced Cancer. *Am J Hosp Palliat Care*, 31(5), 534-542. doi:10.1177/1049909113494092
- Krikorian, A., Limonero, J. T., Vargas, J. J., & Palacio, C. (2013). Assessing suffering in advanced cancer patients using Pictorial Representation of Illness and Self-Measure (PRISM), preliminary validation of the Spanish version in a Latin American population. *Support Care Cancer*, 21(12), 3327-3336. doi:10.1007/s00520-013-1913-5

- Krishnan, M., Beck, S., Havelock, W., Eeles, E., Hubbard, R. E., & Johansen, A. (2014). Predicting outcome after hip fracture: using a frailty index to integrate comprehensive geriatric assessment results. *Age Ageing, 43*(1), 122-126. doi:10.1093/ageing/aft084
- Krupat, E., Rosenkranz, S. L., Yeager, C. M., Barnard, K., Putnam, S. M., & Inui, T. S. (2000). The practice orientations of physicians and patients: the effect of doctor-patient congruence on satisfaction. *Patient Educ Couns, 39*(1), 49-59.
- Lalue, M., Andriucioli, C., Fernandes, C., & Paula, G. (2011). PRISM: Instrumento para validação do impacto da DTM na vida do paciente *Simbidor. Arquivos do 10º Simpósio Brasileiro e Encontro Internacional sobre Dor* (pp. 217). Sao Paulo, Brazil: Solução e Marketing Editora e Publicidade Ltda.
- Lamb, S. E., Jørstad-Stein, E. C., Hauer, K., Becker, C., & Group, P. o. F. N. E. a. O. C. (2005). Development of a common outcome data set for fall injury prevention trials: the Prevention of Falls Network Europe consensus. *J Am Geriatr Soc, 53*(9), 1618-1622. doi:10.1111/j.1532-5415.2005.53455.x
- Lawton, M. P., & Brody, E. M. (1969). Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist, 9*(3), 179-186.
- Lazaro Del Nogal, M. (2009). [Falls among older persons] *Med Clin (Barc)* (Vol. 133, pp. 147-153). Spain.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer Pub. Co.
- Laín Entralgo, P. (1964). *La relación médico-enfermo; historia y teoría*. Madrid,: Revista de Occidente.
- Laín Entralgo, P. (1983). *La relación medico paciente*. Madrid: Alianza Universidad.
- LeBlanc, E. S., Hillier, T. A., Pedula, K. L., Rizzo, J. H., Cawthon, P. M., Fink, H. A., . . . Browner, W. S. (2011). Hip fracture and increased short-term but not long-term mortality in healthy older women *Arch Intern Med* (Vol. 171, pp. 1831-1837). United States.
- Lee, T. H. (2013). The word that shall not be spoken. *N Engl J Med, 369*(19), 1777-1779. doi:10.1056/NEJMp1309660
- Legters, K. (2002). Fear of falling. *Phys Ther, 82*(3), 264-272.
- Lenze, E. J., Munin, M. C., Skidmore, E. R., Dew, M. A., Rogers, J. C., Whyte, E. M., . . . Reynolds, C. F. (2007). Onset of depression in elderly persons after hip fracture: implications for prevention and early intervention of late-life depression. *J Am Geriatr Soc, 55*(1), 81-86. doi:10.1111/j.1532-5415.2006.01017.x
- Levinson, W., Roter, D. L., Mullooly, J. P., Dull, V. T., & Frankel, R. M. (1997). Physician-patient communication. The relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. *JAMA, 277*(7), 553-559.

- Liem, I. S., Kammerlander, C., Suhm, N., Blauth, M., Roth, T., Gosch, M., . . . Kates, S. L. (2013). Identifying a standard set of outcome parameters for the evaluation of orthogeriatric co-management for hip fractures. *Injury*, *44*(11), 1403-1412. doi:10.1016/j.injury.2013.06.018
- Limonero, J. T., & Bayés, R. (1995). Bienestar en el ámbito de los enfermos en situación terminal. *Med Paliat*, *6*, 19-21.
- Limonero, J. T., Mateo, D., Maté-Méndez, J., González-Barboteo, J., Bayés, R., Bernaus, M., . . . Viel, S. (2012). [Assessment of the psychometric properties of the Detection of Emotional Distress Scale in cancer patients]. *Gac Sanit*, *26*(2), 145-152. doi:10.1016/j.gaceta.2011.07.016
- Limonero, J. T., Tomás-Sábado, J., Fernandez-Castrol, J., Aradilla, A., Vinyes, J., Gómez-Romero, J., . . . 68., p. (2010). *Adaptación española de la Brief Resilience Coping Scale: análisis preliminar*. Paper presented at the 8º Congreso de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos, A Coruña.
- Lindquist, L. A., Covinsky, K., Langa, K. M., Petty, B. G., Williams, B. C., & Kutner, J. S. (2014). Making general internal medicine research relevant to the older patient with multiple chronic comorbidities. *J Gen Intern Med*, *29*(6), 915-919. doi:10.1007/s11606-013-2719-3
- Little, P., Everitt, H., Williamson, I., Warner, G., Moore, M., Gould, C., . . . Payne, S. (2001). Preferences of patients for patient centred approach to consultation in primary care: observational study. *BMJ*, *322*(7284), 468-472.
- Loeser, J. D., & Melzack, R. (1999). Pain: an overview. *Lancet*, *353*(9164), 1607-1609. doi:10.1016/S0140-6736(99)01311-2
- Lundberg, O., & Nystrom Peck, M. (1995). A simplified way of measuring sense of coherence: experiences from a population survey in Sweden. *The European Journal of Public Health*, *5*(1), 56-59.
- Magaziner, J., Simonsick, E. M., Kashner, T. M., Hebel, J. R., & Kenzora, J. E. (1990). Predictors of functional recovery one year following hospital discharge for hip fracture: a prospective study. *J Gerontol*, *45*(3), M101-107.
- Mahoney, F. I., & Barthel, D. W. (1965). FUNCTIONAL EVALUATION: THE BARTHEL INDEX. *Md State Med J*, *14*, 61-65.
- Mallinson, S. (2002). Listening to respondents: a qualitative assessment of the Short-Form 36 Health Status Questionnaire. *Soc Sci Med*, *54*(1), 11-21.
- Marquez-Gonzalez, M., Losada, A., Fernandez-Fernandez, V., & Pachana, N. A. (2012). Psychometric properties of the Spanish version of the Geriatric Anxiety Inventory. *Int Psychogeriatr*, *24*(1), 137-144. doi:10.1017/s1041610211001505

- Martin Lesende, I., Gorrionogitia Iturbe, A., Gomez Pavon, J., Baztan Cortes, J. J., & Abizanda Soler, P. (2010). [The frail elderly. Detection and management in Primary Care]. *Aten Primaria*, 42(7), 388-393. doi:10.1016/j.aprim.2009.09.022
- Martinez, J., Onís, M., Dueñas, R., Albert, C., Aguado, C., & Luque, R. (2002). Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación. *Medifam*, 12(10), 26-40.
- Martinez-Reig, M., Ahmad, L., & Duque, G. (2012). The orthogeriatrics model of care: systematic review of predictors of institutionalization and mortality in post-hip fracture patients and evidence for interventions. *J Am Med Dir Assoc*, 13(9), 770-777. doi:10.1016/j.jamda.2012.07.011
- Martinez-Velilla, N., & Formiga, F. (2014). [Inclusion of the elderly in clinical trials: A need and an obligation]. *Rev Esp Geriatr Gerontol*, 49(3), 99-100. doi:10.1016/j.regg.2014.02.002
- Martí, D., Miralles, R., Llorach, I., García-Palleiro, P., Esperanza, A., Guillem, J., & Cervera, A. M. (2000). Trastornos depresivos en una unidad de convalecencia: experiencia y validación de una versión española de 15 preguntas de la escala de depresión geriátrica de Yesavage. *Rev Esp Geriatr Gerontol*, 35(1), 7-14.
- Martín Asuero, A., & Moix Queraltó, J. (2014). *Efectividad de un programa educativo en conciencia plena (mindfulness) para reducir el burnout y mejorar la empatía, en profesionales de atención primaria*. (Tesi doctoral - Universitat Autònoma de Barcelona Departament de Psicologia Bàsica, Evolutiva i de l'Educació, 2012), Universitat Autònoma de Barcelona,, Barcelona. Retrieved from <http://www.tdx.cat/handle/10803/284028>
- Mateo, D., Gómez-Batiste, X., Limonero, J. T., Martínez-Muñoz, M., Buisan, M., & de Pascual, V. (2014). Efectividad de la intervención psicosocial en pacientes con enfermedad avanzada y final de vida. *Psicooncología*, 10(2-3), 299-316.
- Maté, J., Mateo, D., Bayés, R., Bernaus, M., Casas, C., González-Barboteo, J., . . . Viel, S. (2009). Elaboración y propuesta de un instrumento para la detección de malestar emocional en enfermos al final de la vida. *Psicooncología*, 9(2-3), 507-518.
- McInnes, E., & Askie, L. (2004). Evidence review on older people's views and experiences of falls prevention strategies. *Worldviews Evid Based Nurs*, 1(1), 20-37. doi:10.1111/j.1741-6787.2004.04013.x
- McMahon, S., Talley, K. M., & Wyman, J. F. (2011). Older people's perspectives on fall risk and fall prevention programs: a literature review. *Int J Older People Nurs*, 6(4), 289-298. doi:10.1111/j.1748-3743.2011.00299.x

- Melton, L. J., 3rd. (2000). Who has osteoporosis? A conflict between clinical and public health perspectives. *J Bone Miner Res*, 15(12), 2309-2314. doi:10.1359/jbmr.2000.15.12.2309
- Melton, L. J., 3rd, O'Fallon, W. M., & Riggs, B. L. (1987). Secular trends in the incidence of hip fractures. *Calcif Tissue Int*, 41(2), 57-64.
- Melton, L. J., Atkinson, E. J., O'Connor, M. K., O'Fallon, W. M., & Riggs, B. L. (1998). Bone density and fracture risk in men. *J Bone Miner Res*, 13(12), 1915-1923. doi:10.1359/jbmr.1998.13.12.1915
- Melton, L. J., Chrischilles, E. A., Cooper, C., Lane, A. W., & Riggs, B. L. (1992). Perspective. How many women have osteoporosis? *J Bone Miner Res*, 7(9), 1005-1010. doi:10.1002/jbmr.5650070902
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2012). *Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud*. Madrid: Centro de Publicaciones.Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Ministerio de Sanidad y Política Social, Instituto de Información Sanitaria. (2010). *Estadísticas comentadas: La atención a la fractura de cadera en los hospitales del SNS*
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Observatorio de Personas Mayores. (2002). *Las personas mayores en España. Informe 2002*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría General de Asuntos Sociales. IMSERSO.
- Momsen, A. M., Rasmussen, J. O., Nielsen, C. V., Iversen, M. D., & Lund, H. (2012). Multidisciplinary team care in rehabilitation: an overview of reviews. *J Rehabil Med*, 44(11), 901-912. doi:10.2340/16501977-1040
- Monane, M., & Avorn, J. (1996). Medications and falls. Causation, correlation, and prevention. *Clin Geriatr Med*, 12(4), 847-858.
- Monod, S., Martin, E., Spencer, B., Rochat, E., & Büla, C. (2012). Validation of the Spiritual Distress Assessment Tool in older hospitalized patients. *BMC Geriatr*, 12, 13. doi:10.1186/1471-2318-12-13
- Morley, J. E., Malmstrom, T. K., & Miller, D. K. (2012). A simple frailty questionnaire (FRAIL) predicts outcomes in middle aged African Americans. *J Nutr Health Aging*, 16(7), 601-608.
- Morley, J. E., Vellas, B., van Kan, G. A., Anker, S. D., Bauer, J. M., Bernabei, R., . . . Walston, J. (2013). Frailty consensus: a call to action. *J Am Med Dir Assoc*, 14(6), 392-397. doi:10.1016/j.jamda.2013.03.022
- Morosano, M., Masoni, A., & Sanchez, A. (2005). Incidence of hip fractures in the city of Rosario, Argentina. *Osteoporos Int*, 16(11), 1339-1344. doi:10.1007/s00198-005-1839-y
- Morrison, R. S., Chassin, M. R., & Siu, A. L. (1998). The medical consultant's role in caring for patients with hip fracture. *Ann Intern Med*, 128(12 Pt 1), 1010-1020.

- Muhleisen, B., Buchi, S., Schmidhauser, S., Jenewein, J., French, L. E., & Hofbauer, G. F. (2009). Pictorial Representation of Illness and Self Measure (PRISM): A novel visual instrument to measure quality of life in dermatological inpatients. *Arch Dermatol*, *145*(7), 774-780. doi:10.1001/archdermatol.2009.121
- Murphy, J., & Isaacs, B. (1982). The post-fall syndrome. A study of 36 elderly patients. *Gerontology*, *28*(4), 265-270.
- Mylod, D., & Lee, T. (2013). A framework for reducing suffering in health care. Retrieved from <https://hbr.org/2013/11/a-framework-for-reducing-suffering-in-health-care>
- National Institute of Health and Care Excellence, UK. (2013). *Falls: Assessment and Prevention of Falls in Older People*. London: National Institute for Health and Care Excellence, 2013.
- Neuman, M. D., Silber, J. H., Magaziner, J. S., Passarella, M. A., Mehta, S., & Werner, R. M. (2014). Survival and functional outcomes after hip fracture among nursing home residents *JAMA Intern Med* (Vol. 174, pp. 1273-1280). United States.
- Niedermann, K., Buchi, S., Ciurea, A., Kubli, R., Steurer-Stey, C., Villiger, P. M., & De Bie, R. A. (2012). Six and 12 months' effects of individual joint protection education in people with rheumatoid arthritis: a randomized controlled trial. *Scand J Occup Ther*, *19*(4), 360-369. doi:10.3109/11038128.2011.611820
- Nightingale, S., Holmes, J., Mason, J., & House, A. (2001). Psychiatric illness and mortality after hip fracture. *Lancet*, *357*(9264), 1264-1265. doi:10.1016/s0140-6736(00)04421-4
- Nikitovic, M., Wodchis, W. P., Krahn, M. D., & Cadarette, S. M. (2013). Direct health-care costs attributed to hip fractures among seniors: a matched cohort study. *Osteoporos Int*, *24*(2), 659-669. doi:10.1007/s00198-012-2034-6
- Norring-Agerskov, D., Laulund, A. S., Lauritzen, J. B., Duus, B. R., van der Mark, S., Mosfeldt, M., & Jorgensen, H. L. (2013). Metaanalysis of risk factors for mortality in patients with hip fracture. *Dan Med J*, *60*(8), A4675.
- Orces, C. H. (2013). In-hospital hip fracture mortality trends in older adults: the National Hospital Discharge Survey, 1988-2007. *J Am Geriatr Soc*, *61*(12), 2248-2249. doi:10.1111/jgs.12567
- Ortiz-Alonso, F. J., Vidan-Astiz, M., Alonso-Armesto, M., Toledano-Iglesias, M., Alvarez-Nebreda, L., Branäs-Baztan, F., & Serra-Rexach, J. A. (2012). The pattern of recovery of ambulation after hip fracture differs with age in elderly patients. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, *67*(6), 690-697. doi:10.1093/gerona/qlr231
- Oude Voshaar, R. C., Banerjee, S., Horan, M., Baldwin, R., Pendleton, N., Proctor, R., . . . Burns, A. (2006). Fear of falling more important than pain and depression for functional recovery after surgery for hip fracture in older people. *Psychol Med*, *36*(11), 1635-1645. doi:10.1017/s0033291706008270

- Pachana, N. A., Byrne, G. J., Siddle, H., Koloski, N., Harley, E., & Arnold, E. (2007). Development and validation of the Geriatric Anxiety Inventory. *Int Psychogeriatr*, 19(1), 103-114. doi:10.1017/s1041610206003504
- Pacheco Huergo, V. (2011). *Medida de Percepción en Enfermedades Crónicas: Adaptación Cultural de los cuestionarios Illness Perception Questionnaire Revised (IPQ-R) y Brief Illness Perception Questionnaire (BIPQ) para la población española*. Universitat Autònoma De Barcelona.
- Pacheco-Huergo, V., Viladrich, C., Pujol-Ribera, E., Cabezas-Pena, C., Nunez, M., Roura-Olmeda, P., . . . Del Val, J. L. (2012). [Perception in chronic illnesses: linguistic validation of the revised Illness Perception Questionnaire and the Brief Illness Perception Questionnaire for a Spanish population]. *Aten Primaria*, 44(5), 280-287. doi:10.1016/j.aprim.2010.11.022
- Panula, J., Pihlajamaki, H., Mattila, V. M., Jaatinen, P., Vahlberg, T., Aarnio, P., & Kivela, S. L. (2011). Mortality and cause of death in hip fracture patients aged 65 or older: a population-based study *BMC Musculoskelet Disord* (Vol. 12, pp. 105). England.
- Patel, K. V., Brennan, K. L., Brennan, M. L., Jupiter, D. C., Shar, A., & Davis, M. L. (2014). Association of a modified frailty index with mortality after femoral neck fracture in patients aged 60 years and older. *Clin Orthop Relat Res*, 472(3), 1010-1017. doi:10.1007/s11999-013-3334-7
- Peabody, F. (1927). The care of the patient. *JAMA*, 88, 877-882.
- Petrella, R. J., Payne, M., Myers, A., Overend, T., & Chesworth, B. (2000). Physical function and fear of falling after hip fracture rehabilitation in the elderly. *Am J Phys Med Rehabil*, 79(2), 154-160.
- Pfeiffer, E. (1975). A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. *J Am Geriatr Soc*, 23(10), 433-441.
- Phillips, A. C., Upton, J., Duggal, N. A., Carroll, D., & Lord, J. M. (2013). Depression following hip fracture is associated with increased physical frailty in older adults: the role of the cortisol: dehydroepiandrosterone sulphate ratio. *BMC Geriatr*, 13, 60. doi:10.1186/1471-2318-13-60
- Pioli, G., Davoli, M. L., Pellicciotti, F., Pignedoli, P., & Ferrari, A. (2011). Comprehensive care. *Eur J Phys Rehabil Med*, 47(2), 265-279.
- Piscitelli, P., Iolascon, G., Argentiero, A., Chitano, G., Neglia, C., Marcucci, G., . . . Gimigliano, R. (2012). Incidence and costs of hip fractures vs strokes and acute myocardial infarction in Italy: comparative analysis based on national hospitalization records. *Clin Interv Aging*, 7, 575-583. doi:10.2147/CIA.S36828
- Prestmo, A., Hagen, G., Sletvold, O., Helbostad, J. L., Thingstad, P., Taraldsen, K., . . . Saltvedt, I. (2015). Comprehensive geriatric

- care for patients with hip fractures: a prospective, randomised, controlled trial. *Lancet*. doi:10.1016/S0140-6736(14)62409-0
- Pueyo, M. J., Larrosa, M., Surís, X., & Garcia-Ruiz, A. J. (2012). Cost-utility and budget impact analysis of primary prevention with alendronate of osteoporotic hip fractures in Catalonia. *Reumatol Clin*, 8(3), 128-134. doi:10.1016/j.reuma.2012.01.001
- Radosavljevic, N., Nikolic, D., Lazovic, M., & Jeremic, A. (2014). Hip fractures in a geriatric population - rehabilitation based on patients needs. *Aging Dis*, 5(3), 177-182. doi:10.14336/ad.2014.0500177
- Reid, I. R., Chin, K., Evans, M. C., & Jones, J. G. (1994). Relation between increase in length of hip axis in older women between 1950s and 1990s and increase in age specific rates of hip fracture. *BMJ*, 309(6953), 508-509.
- Reisberg, B., Ferris, S. H., de Leon, M. J., & Crook, T. (1982). The Global Deterioration Scale for assessment of primary degenerative dementia. *Am J Psychiatry*, 139(9), 1136-1139.
- Reuben, D. B. (2003). Principles of geriatric assessment. In W. Hazzard, J. Blass, J. Halter, J. Ouslander, & M. Tinetti (Eds.), *Hazzard's geriatric medicine and gerontology* (pp. 99-110). New-York: McGraw-Hill Medical Pub. Division.
- Reuben, D. B., & Tinetti, M. E. (2012). Goal-oriented patient care--an alternative health outcomes paradigm. *N Engl J Med*, 366(9), 777-779. doi:10.1056/NEJMp1113631
- Rippon, I., Kneale, D., de Oliveira, C., Demakakos, P., & Steptoe, A. (2014). Perceived age discrimination in older adults. *Age Ageing*, 43(3), 379-386. doi:10.1093/ageing/aft146
- Robles, M., Miralles, R., Llorach, I., & Cervera, A. (2006). Definición y objetivos de la especialidad de Geriátría. Tipología de ancianos y población diana. In S. E. d. G. y. Gerontología (Ed.), *Tratado de Geriátría para Residentes*. Madrid: International Marketing & Communication, SA.
- Roche, J. J., Wenn, R. T., Sahota, O., & Moran, C. G. (2005). Effect of comorbidities and postoperative complications on mortality after hip fracture in elderly people: prospective observational cohort study. *BMJ*, 331(7529), 1374. doi:10.1136/bmj.38643.663843.55
- Rockwood, C. A., Green, D. P., & Bucholz, R. W. (2010). *Rockwood and Green's fractures in adults* (7th ed.). Philadelphia, PA: Wolters Kluwer Health/Lippincott, Williams & Wilkins.
- Rockwood, K., Song, X., MacKnight, C., Bergman, H., Hogan, D. B., McDowell, I., & Mitnitski, A. (2005). A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *CMAJ*, 173(5), 489-495. doi:10.1503/cmaj.050051
- Rockwood, K., Theou, O., & Mitnitski, A. (2015). What are frailty instruments for? *Age Ageing*. doi:10.1093/ageing/afv043

- Rogmark, C., Sernbo, I., Johnell, O., & Nilsson, J. A. (1999). Incidence of hip fractures in Malmo, Sweden, 1992-1995. A trend-break. *Acta Orthop Scand*, 70(1), 19-22.
- Rolfson, D. B., Majumdar, S. R., Tsuyuki, R. T., Tahir, A., & Rockwood, K. (2006). Validity and reliability of the Edmonton Frail Scale. *Age Ageing*, 35(5), 526-529. doi:10.1093/ageing/afl041
- Rolland, Y., Abellan van Kan, G., Bénétos, A., Blain, H., Bonnefoy, M., Chassagne, P., . . . Vellas, B. (2008). Frailty, osteoporosis and hip fracture: causes, consequences and therapeutic perspectives. *J Nutr Health Aging*, 12(5), 335-346.
- Romeo, R., Knapp, M., Banerjee, S., Morris, J., Baldwin, R., Tarrier, N., . . . Burns, A. (2011). Treatment and prevention of depression after surgery for hip fracture in older people: cost-effectiveness analysis. *J Affect Disord*, 128(3), 211-219. doi:10.1016/j.jad.2010.07.026
- Roter, D. L., Stewart, M., Putnam, S. M., Lipkin, M., Jr., Stiles, W., & Inui, T. S. (1997). Communication patterns of primary care physicians. *JAMA*, 277(4), 350-356.
- Roth, T., Kammerlander, C., Gosch, M., Luger, T. J., & Blauth, M. (2010). Outcome in geriatric fracture patients and how it can be improved. *Osteoporos Int*, 21(Suppl 4), S615-619. doi:10.1007/s00198-010-1401-4
- Rubenstein, L. Z. (1987). Geriatric assessment: an overview of its impacts. *Clin Geriatr Med*, 3(1), 1-15.
- Salguero, J., Fernandez-Berrocal, P., Ruiz-Aranda, D., & Cabello, R. (2007). *Propiedades psicométricas de la versión reducida de la Trait Meta-Mood Scale: TMMS 12*. Paper presented at the 1º Congreso Internacional de Inteligencia Emocional, Málaga.
- Salkeld, G., Cameron, I. D., Cumming, R. G., Easter, S., Seymour, J., Kurrle, S. E., & Quine, S. (2000). Quality of life related to fear of falling and hip fracture in older women: a time trade off study. *BMJ*, 320(7231), 341-346.
- Salovey, P., Mayer, J., Lee-Goodman, S., Turvey, C., & Palfai, T. (1995). Emotional attention, clarity, and repair: exploring emotional intelligence using the Trait Meta-Mood Scale. In J. Pennebaker (Ed.), *Emotion, disclosure and health* (pp. 125-154). Washington, DC: American Psychological Assn.
- Salva, A., Bolibar, I., Pera, G., & Arias, C. (2004). Incidence and consequences of falls among elderly people living in the community *Med Clin (Barc)* (Vol. 122, pp. 172-176). Spain.
- Sanjoaquín, A., Fernandez, E., Mesa, M., & Garcia-Arilla, E. (2006). Valoración geriátrica integral. In S. International Marketing & Communication (Ed.), *Tratado de Geriatría para Residentes*. Madrid: Sociedad Española de Geriatría y Gerontología.

- Sarrado, J. J., Clèries, X., Ferrer, M., & Kronfly, E. (2004). [Scientific evidence in medicine: the only alternative?]. *Gac Sanit*, 18(3), 235-244.
- Schapira, L. (2013). The essential elements of a therapeutic presence. *Cancer*, 119(9), 1609-1610. doi:10.1002/cncr.27946
- Schwartz, A. V., Kelsey, J. L., Maggi, S., Tuttleman, M., Ho, S. C., Jonsson, P. V., . . . Heyse, S. P. (1999). International variation in the incidence of hip fractures: cross-national project on osteoporosis for the World Health Organization Program for Research on Aging. *Osteoporos Int*, 9(3), 242-253. doi:10.1007/s001980050144
- Seitz, D. P., Anderson, G. M., Austin, P. C., Gruneir, A., Gill, S. S., Bell, C. M., & Rochon, P. A. (2014). Effects of impairment in activities of daily living on predicting mortality following hip fracture surgery in studies using administrative healthcare databases. *BMC Geriatr*, 14, 9. doi:10.1186/1471-2318-14-9
- Serra, J. A., Garrido, G., Vidán, M., Marañón, E., Brañas, F., & Ortiz, J. (2002). [Epidemiology of hip fractures in the elderly in Spain]. *An Med Interna*, 19(8), 389-395.
- Setoguchi, S., Warner Stevenson, L., Stewart, G. C., Bhatt, D. L., Epstein, A. E., Desai, M., . . . Chen, C. Y. (2014). Influence of healthy candidate bias in assessing clinical effectiveness for implantable cardioverter-defibrillators: cohort study of older patients with heart failure. *BMJ*, 348, g2866.
- Shyu, Y. I., Cheng, H. S., Teng, H. C., Chen, M. C., Wu, C. C., & Tsai, W. C. (2009). Older people with hip fracture: depression in the postoperative first year *J Adv Nurs* (Vol. 65, pp. 2514-2522). England.
- Siegler, M. (1981). Searching for moral certainty in medicine: a proposal for a new model of the doctor-patient encounter. *Bull N Y Acad Med*, 57(1), 56-69.
- Siegler, M. (2011). *Las tres edades de la medicina y la relación médico-paciente*. Barcelona: Fundació Víctor Grífols i Lucas.
- Sinclair, V. G., & Wallston, K. A. (2004). The development and psychometric evaluation of the Brief Resilient Coping Scale. *Assessment*, 11(1), 94-101.
- Singer, P. A., Martin, D. K., & Kelner, M. (1999). Quality end-of-life care: patients' perspectives. *JAMA*, 281(2), 163-168.
- Sloan, J. P. (1997). *Protocols in primary care geriatrics* (2nd ed.). New York: Springer.
- Smilkstein, G., Ashworth, C., & Montano, D. (1982). Validity and reliability of the family APGAR as a test of family function. *J Fam Pract*, 15(2), 303-311.
- Song, X., Mitnitski, A., & Rockwood, K. (2010). Prevalence and 10-year outcomes of frailty in older adults in relation to deficit

- accumulation. *J Am Geriatr Soc*, 58(4), 681-687. doi:10.1111/j.1532-5415.2010.02764.x
- Stevens, J. A., & Olson, S. (2000). Reducing falls and resulting hip fractures among older women. *MMWR Recomm Rep*, 49(RR-2), 3-12.
- Stewart, M. (2001). Towards a global definition of patient centred care. *BMJ*, 322(7284), 444-445.
- Stewart, M. (2003). *Patient-centered medicine : transforming the clinical method* (2nd ed.). Abingdon, U.K.: Radcliffe Medical Press.
- Stewart, M., Brown, J. B., Boon, H., Galajda, J., Meredith, L., & Sangster, M. (1999). Evidence on patient-doctor communication. *Cancer Prev Control*, 3(1), 25-30.
- Stewart, M., Brown, J. B., Donner, A., McWhinney, I. R., Oates, J., Weston, W. W., & Jordan, J. (2000). The impact of patient-centered care on outcomes. *J Fam Pract*, 49(9), 796-804.
- Stewart, M., Ryan, B. L., & Bodea, C. (2011). Is patient-centred care associated with lower diagnostic costs? *Healthc Policy*, 6(4), 27-31.
- Strain, J. J., Lyons, J. S., Hammer, J. S., Fahs, M., Lebovits, A., Paddison, P. L., . . . et al. (1991). Cost offset from a psychiatric consultation-liaison intervention with elderly hip fracture patients. *Am J Psychiatry*, 148(8), 1044-1049.
- Streffer, M. L., Buchi, S., Morgeli, H., Galli, U., & Ettlin, D. (2009). PRISM (pictorial representation of illness and self measure): a novel visual instrument to assess pain and suffering in orofacial pain patients. *J Orofac Pain*, 23(2), 140-146.
- Suchman, A. L., & Matthews, D. A. (1988). What makes the patient-doctor relationship therapeutic? Exploring the connexional dimension of medical care. *Ann Intern Med*, 108(1), 125-130.
- Svedbom, A., Hernlund, E., Ivergård, M., Compston, J., Cooper, C., Stenmark, J., . . . Kanis, J. A. (2013). Osteoporosis in the European Union: a compendium of country-specific reports. *Arch Osteoporos*, 8, 137. doi:10.1007/s11657-013-0137-0
- Svedbom, A., Hernlund, E., Ivergård, M., Compston, J., Cooper, C., Stenmark, J., . . . IOF, E. R. P. o. (2013). Osteoporosis in the European Union: a compendium of country-specific reports. *Arch Osteoporos*, 8(1-2), 137. doi:10.1007/s11657-013-0137-0
- Tang, X., Liu, G., Kang, J., Hou, Y., Jiang, F., Yuan, W., & Shi, J. (2013). Obesity and risk of hip fracture in adults: a meta-analysis of prospective cohort studies. *PLoS One*, 8(4), e55077. doi:10.1371/journal.pone.0055077
- Thekkumpurath, P., Venkateswaran, C., Kumar, M., & Bennett, M. I. (2008). Screening for psychological distress in palliative care: a systematic review. *J Pain Symptom Manage*, 36(5), 520-528. doi:10.1016/j.jpainsymman.2007.11.010

- Tinetti, M. E. (2003a). Approach to clinical care of the older patient. In W. Hazzard, J. Blass, J. Halter, J. Ouslander, & M. Tinetti (Eds.), *Hazzard's geriatric medicine and gerontology* (5th ed., pp. 95-98). New York: McGraw-Hill Medical Pub. Division.
- Tinetti, M. E. (2003b). Clinical practice. Preventing falls in elderly persons *N Engl J Med* (Vol. 348, pp. 42-49). United States.
- Tinetti, M. E., & Fried, T. (2004). The end of the disease era. *Am J Med*, *116*(3), 179-185.
- Tinetti, M. E., Inouye, S. K., Gill, T. M., & Doucette, J. T. (1995). Shared risk factors for falls, incontinence, and functional dependence. Unifying the approach to geriatric syndromes. *JAMA*, *273*(17), 1348-1353.
- Tinetti, M. E., McAvay, G., Chang, S. S., Ning, Y., Newman, A. B., Fitzpatrick, A., . . . Peduzzi, P. (2011). Effect of chronic disease-related symptoms and impairments on universal health outcomes in older adults. *J Am Geriatr Soc*, *59*(9), 1618-1627. doi:10.1111/j.1532-5415.2011.03576.x
- Tinetti, M. E., Speechley, M., & Ginter, S. F. (1988). Risk factors for falls among elderly persons living in the community. *N Engl J Med*, *319*(26), 1701-1707. doi:10.1056/nejm198812293192604
- Tondury, B., Muehleisen, B., Ballmer-Weber, B. K., Hofbauer, G., Schmid-Grendelmeier, P., French, L., & Buchi, S. (2011). The Pictorial Representation of Illness and Self Measure (PRISM) instrument reveals a high burden of suffering in patients with chronic urticaria. *J Investig Allergol Clin Immunol*, *21*(2), 93-100.
- Tosteson, A. N., Gottlieb, D. J., Radley, D. C., Fisher, E. S., & Melton, L. J., 3rd. (2007). Excess mortality following hip fracture: the role of underlying health status. *Osteoporos Int*, *18*(11), 1463-1472. doi:10.1007/s00198-007-0429-6
- U.S. Department of Health, Center for Disease Control and Prevention. (2006). Fatalities and injuries from falls among older adults--United States, 1993-2003 and 2001-2005. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*, *55*(45), 1221-1224.
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs. (2013.). *World Population Prospects: The 2012 Revision, Key Findings and Advanced Tables. Working Paper No. ESA/P/WP.227.*
- US Department of Health, Healthcare Cost and Utilization Project. Retrieved 25/9/2014 [www.ahrq.gov/data/hcup](http://www.ahrq.gov/data/hcup)
- Valderas, J. M., Ferrer, M., & Alonso, J. (2005). [Health-related quality of life instruments and other patient-reported outcomes]. *Med Clin (Barc)*, *125* Suppl 1, 56-60.
- Vandenbroucke, J. P., von Elm, E., Altman, D. G., Gøtzsche, P. C., Mulrow, C. D., Pocock, S. J., . . . Egger, M. Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE):

- Explanation and elaboration. *International Journal of Surgery*, 12(12), 1500-1524. doi:10.1016/j.ijisu.2014.07.014
- Vidán, M., Serra, J. A., Moreno, C., Riquelme, G., & Ortiz, J. (2005). Efficacy of a comprehensive geriatric intervention in older patients hospitalized for hip fracture: a randomized, controlled trial. *J Am Geriatr Soc*, 53(9), 1476-1482. doi:10.1111/j.1532-5415.2005.53466.x
- Viel, S., Mateo, D., Sánchez, C., Chaurand, A., González, M., & Limonero, J. T. (2014). *Guía de detección del malestar emocional en la atención paliativa integral*. Barcelona.
- Virués-Ortega, J., Martínez-Martín, P., del Barrio, J. L., & Lozano, L. M. (2007). Validación transcultural de la Escala de Sentido de Coherencia de Antonovsky (OLQ-13) en ancianos mayores de 70 años. *Medicina Clínica*, 128(13), 486-492. doi:<http://dx.doi.org/10.1157/13100935>
- Visschedijk, J., Achterberg, W., Van Balen, R., & Hertogh, C. (2010). Fear of falling after hip fracture: a systematic review of measurement instruments, prevalence, interventions, and related factors. *J Am Geriatr Soc*, 58(9), 1739-1748. doi:10.1111/j.1532-5415.2010.03036.x
- Visschedijk, J. H., Caljouw, M. A., van Balen, R., Hertogh, C. M., & Achterberg, W. P. (2014). Fear of falling after hip fracture in vulnerable older persons rehabilitating in a skilled nursing facility. *J Rehabil Med*, 46(3), 258-263. doi:10.2340/16501977-1264
- Ware, J., Jr., Kosinski, M., & Keller, S. D. (1996). A 12-Item Short-Form Health Survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Med Care*, 34(3), 220-233.
- Warren, M. (1943). Care of the chronic sick. *BMJ*, 2, 822-823.
- Warren, M. (1946). Care of the chronic aged sick. *The Lancet*, 247, 841-843.
- Watts, G. (2012). Why the exclusion of older people from clinical research must stop. *BMJ*, 344, e3445.
- Williams, S. L., Haskard, K. B., & DiMatteo, M. R. (2007). The therapeutic effects of the physician-older patient relationship: effective communication with vulnerable older patients. *Clin Interv Aging*, 2(3), 453-467.
- Wilson, H. (2013). Multi-disciplinary care of the patient with acute hip fracture: How to optimise the care for the elderly, traumatised patient at and around the time of the fracture to ensure the best short-term outcome as a foundation for the best long-term outcome. *Best Pract Res Clin Rheumatol*, 27(6), 717-730. doi:10.1016/j.berh.2014.02.003
- Wolinsky, F. D., Fitzgerald, J. F., & Stump, T. E. (1997). The effect of hip fracture on mortality, hospitalization, and functional status: a prospective study. *Am J Public Health*, 87(3), 398-403.

- World Health Organization. (2005). *Preventing chronic diseases: A vital investment*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization, Media Center. (2012). Falls. Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/es/>
- Wu, T. Y., Jen, M. H., Bottle, A., Liaw, C. K., Aylin, P., & Majeed, A. (2011). Admission rates and in-hospital mortality for hip fractures in England 1998 to 2009: time trends study. *J Public Health (Oxf)*, *33*(2), 284-291. doi:10.1093/pubmed/fdq074
- Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Leirer, V. O. (1982). Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res*, *17*(1), 37-49.
- Zhao, Y., Shen, L., & Ji, H. F. (2012). Alzheimer's disease and risk of hip fracture: a meta-analysis study. *ScientificWorldJournal*, *2012*, 872173. doi:10.1100/2012/872173
- Zhu, Y., Chen, W., Sun, T., Zhang, Q., Cheng, J., & Zhang, Y. (2014). Meta-analysis of risk factors for the second hip fracture (SHF) in elderly patients. *Arch Gerontol Geriatr*, *59*(1), 1-6. doi:10.1016/j.archger.2014.02.012
- Ziden, L., Scherman, M. H., & Wenestam, C. G. (2010). The break remains - elderly people's experiences of a hip fracture 1 year after discharge. *Disabil Rehabil*, *32*(2), 103-113. doi:10.3109/09638280903009263
- Ziden, L., Wenestam, C. G., & Hansson-Scherman, M. (2008). A life-breaking event: early experiences of the consequences of a hip fracture for elderly people. *Clin Rehabil*, *22*(9), 801-811. doi:10.1177/0269215508090204
- Zijlstra, G. A., van Haastregt, J. C., van Rossum, E., van Eijk, J. T., Yardley, L., & Kempen, G. I. (2007). Interventions to reduce fear of falling in community-living older people: a systematic review. *J Am Geriatr Soc*, *55*(4), 603-615. doi:10.1111/j.1532-5415.2007.01148.x
- Íñiguez Rueda, L., Sánchez-Candamio Méndez, M., Camps i Soler, S., & Catalunya. Departament de Salut. (2007). *Estudi de les visions de ciutadans, professionals i gestors sobre l'atenció sanitària a Catalunya*. Barcelona: Generalitat de Catalunya, Departament de Salut.