



“NIVEL DE PREOCUPACIÓN POR CAER EN ADULTOS MAYORES, CON PARTICIPACIÓN SOCIAL”

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR AL GRADO DE
LICENCIADO EN ENFERMERÍA

Autores:

Sergio Arancibia Osses.
Camila Arriagada Aguilera.
Valeria Cortés Poblete.
Rodrigo Farías Godoy.
Adriana Mella Osses.
Patricia Merino González.
Carla Ponce Fuentes.
Carla Silva Salinas.

Docente Guía:

Johana Vidal Ortega.

Valparaíso, 2017

AGRADECIMIENTOS

A nuestras docentes guías Paola González Gárate y Johana Vidal Ortega, quienes nos brindaron su apoyo, orientación y disposición en el transcurso de esta investigación.

A la Organización Comunal del Adulto Mayor de Valparaíso y sus autoridades respectivas, por permitir la realización de este estudio. Especialmente a la Srta. Carolina Carvajal Sanllehi por disponer los espacios para llevar a cabo el trabajo en terreno.

A los adultos mayores de la Organización Comunal del Adulto Mayor que accedieron a participar voluntariamente del estudio, sin los cuales la investigación no hubiese sido posible.

A nuestros padres, familiares y amigos, por su apoyo constante e incondicional durante todo el proceso.

II. ÍNDICE DE CONTENIDOS

CAPÍTULO 1

INTRODUCCIÓN

	Pág.
1.1. Introducción	1
1.2. Pregunta de investigación	5
1.3. Objetivos	5
1.3.1. Objetivo general	5
1.3.2. Objetivos específicos	5

CAPÍTULO 2

MARCO REFERENCIAL

2.1. Marco empírico	6
2.1.1. Situación demográfica del adulto mayor en Chile	6
2.1.2. Miedo por caer	7
2.1.3. Impacto del miedo por caer en los adultos mayores	8
2.1.4. Prevalencia del miedo por caer en adultos mayores	9
2.1.5. Factores asociados al miedo por caer	10
2.1.5.1. Factores de salud	10
2.1.5.2. Factores demográficos	14
2.1.5.3. Factores sociales	15
2.1.5.4. Factores del entorno	16
2.1.5.4.1. Factores intradomiciliarios	16
2.1.5.4.2. Factores extradomiciliarios	17
2.2. Marco teórico	19
2.2.1. Teorías del envejecimiento	19
2.2.1.1. Teorías sociales del envejecimiento	19
2.2.1.2. Teorías biológicas del envejecimiento	20
2.2.1.3. Teorías psicológicas del envejecimiento	21

3.8.3. Justicia	44
-----------------	----

CAPITULO 4

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

4.1. Caracterización demográfica, social, de salud, de la vivienda y el entorno de la población en estudio.	45
4.2. Nivel de preocupación por caer.	49
4.3. Nivel de preocupación por caer según características demográficas.	50
4.4. Nivel de preocupación por caer según características sociales.	53
4.5. Nivel de preocupación por caer según características de salud.	55
4.6. Nivel de preocupación por caer según las características de la vivienda y el entorno.	61

CAPITULO 5

DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

5.1. Discusión	64
5.1.1. Características demográficas, sociales, de salud, de la vivienda y el entorno.	64
5.1.2. Nivel de preocupación por caer.	67
5.1.3. Nivel de preocupación según características demográficas, sociales, de salud, de la vivienda y el entorno.	68
5.1.3.1. Nivel de preocupación según características demográficas.	68
5.1.3.2. Nivel de preocupación según características sociales.	69
5.1.3.3. Nivel de preocupación según características de salud.	70
5.1.3.4. Nivel de preocupación según características de la vivienda y el entorno.	72
5.2. Limitaciones	73

5.3. Conclusiones	74
5.4. Sugerencias	76
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	78
ANEXOS	87

III. ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N°1	Variable miedo por caer.	30
Tabla N°2	Variable características demográficas - sociales - antecedentes de salud - de la vivienda y el entorno.	31
Tabla N°3	Distribución de variables.	33
Tabla N°4	Distribución de adultos mayores pertenecientes a la OCAM participantes del estudio, según características demográficas.	45
Tabla N°5	Distribución de adultos mayores pertenecientes a la OCAM participantes del estudio, según características sociales.	46
Tabla N°6	Distribución de adultos mayores pertenecientes a la OCAM participantes del estudio, según antecedentes de salud.	47
Tabla N°7	Distribución de adultos mayores pertenecientes a la OCAM participantes del estudio, según factores predisponentes en la vivienda y el entorno para generar una caída.	48
Tabla N°8	Distribución de la preocupación por caer según patologías.	56

IV. ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N°1	Nivel de preocupación por caer en adultos mayores pertenecientes a la OCAM participantes del estudio.	50
Gráfico N°2	Nivel de preocupación por caer en adultos mayores pertenecientes a la OCAM participantes del estudio, según rango de edad.	51
Gráfico N°3	Nivel de preocupación por caer en adultos mayores pertenecientes a la OCAM participantes del estudio, según género.	52
Gráfico N°4	Nivel de preocupación por caer en adultos mayores pertenecientes a la OCAM participantes del estudio, según estado civil.	52
Gráfico N°5	Nivel de preocupación por caer en adultos mayores pertenecientes a la OCAM participantes del estudio, según ocupación.	53
Gráfico N°6	Nivel de preocupación por caer en adultos mayores pertenecientes a la OCAM participantes del estudio, según la escolaridad.	54
Gráfico N°7	Nivel de preocupación por caer en adultos mayores pertenecientes a la OCAM participantes del estudio, según antecedentes mórbidos.	55
Gráfico N°8	Nivel de preocupación por caer en adultos mayores pertenecientes a la OCAM participantes del estudio, según historial de caídas en los últimos 6 meses.	57
Gráfico N°9	Nivel de preocupación por caer en adultos mayores pertenecientes a la OCAM participantes del estudio, según número de caídas referidas en los últimos 6 meses.	57
Gráfico N°10	Nivel de preocupación por caer en adultos mayores pertenecientes a la OCAM participantes del estudio, según	58

grado de dependencia en actividades instrumentales de la vida diaria.

Gráfico N°11	Nivel de preocupación por caer en adultos mayores pertenecientes a la OCAM participantes del estudio, según presencia de mareos.	59
Gráfico N°12	Nivel de preocupación por caer en adultos mayores pertenecientes a la OCAM participantes del estudio, según polifarmacia.	59
Gráfico N°13	Nivel de preocupación por caer en adultos mayores pertenecientes a la OCAM participantes del estudio, según la realización de actividad física.	60
Gráfico N°14	Nivel de preocupación por caer en adultos mayores pertenecientes a la OCAM participantes del estudio, según ubicación de la vivienda.	61
Gráfico N°15	Nivel de preocupación por caer en adultos mayores pertenecientes a la OCAM participantes del estudio, según presencia de factores predisponentes para generar una caída al interior de la vivienda.	62
Gráfico N°16	Nivel de preocupación por caer en adultos mayores pertenecientes a la OCAM participantes del estudio, según factores predisponentes para generar una caída al exterior de la vivienda.	63

V. ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo N°1	Short FES-I en inglés.	87
Anexo N°2	Short FES-I en español.	88
Anexo N°3	Mail de entrega y autorización para utilización del instrumento Short FES-I traducido para Chile.	89
Anexo N°4	Cuestionario de medición de variables demográficas, sociales, de salud, de la vivienda y el entorno.	90
Anexo N°5	Carta de aprobación de campo clínico (OCAM).	94
Anexo N°6	Minimental abreviado (MMSE).	95
Anexo N°7	Lawton and Brody.	96
Anexo N°8	Carta de compromiso de atención Centro de Atención Psicológica (CAPSI UV).	97
Anexo N°9	Flujograma de contención emocional.	98
Anexo N°10	Flujograma “resultados alterados”.	99
Anexo N°11	Acta de aprobación de Facultad de Medicina Universidad de Valparaíso.	100
Anexo N°12	Acta de consentimiento informado.	102
Anexo N°13	Consentimiento informado.	103

VI. RESUMEN

Una de las consecuencias menos investigadas de las caídas, es el miedo por caer; lo que cobra relevancia en una ciudad con el índice de envejecimiento, geografía y alto nivel de urbanización como Valparaíso. Es por esto que, nuestro objetivo es describir el nivel de preocupación por caer en adultos mayores participantes de los talleres en la Oficina Comunal del Adulto Mayor (OCAM) de la ciudad de Valparaíso, en el segundo semestre del año 2017.

Estudio cuantitativo, no experimental, transversal y descriptivo. La población fue de 362 adultos mayores inscritos en los talleres impartidos por la OCAM. Se realizó un muestreo no probabilístico por sujetos voluntarios (octubre 2017), con una muestra final de 169 personas mayores. Para recolectar los datos se utilizó: cuestionario de valoración de características demográficas, sociales, de salud, de la vivienda y el entorno, Lawton & Brody y Short Falls Efficacy Scale International (Short FES-I).

Los resultados reflejaron que de los encuestados, un 49,70% presentó moderada preocupación, un 37,28% baja preocupación y un 13,02% alta preocupación por caer. Respecto al género, se observó que las mujeres refirieron un mayor porcentaje de alta preocupación por caer (13,91% vs 5,56%), al igual que quienes tenían una menor escolaridad (52,94%). Además, los adultos mayores sin historial de caídas (75,14%), manifestaron mayor nivel de moderada preocupación por caer que aquellos con historial (52,89% vs 41,67%). Por último se obtuvo que las personas mayores que residían en cerro o quebrada presentaron una mayor preocupación por caer que aquellos que habitaban en el plan o centro de la ciudad.

Concluimos que predominó una moderada preocupación por caer, siendo más alta en mujeres, con un nivel educacional bajo, sin historial de caídas y cuyas viviendas se ubican en los cerros y quebradas.

Palabras claves: *Anciano, Miedo, Accidentes por caídas, Autocuidado, Enfermería (DeCS).*

VII. ABSTRACT

One of the less investigated consequences of falls, is fear of falling; which is relevant in a city with the index of aging, geography and high level of urbanization like Valparaiso. This is why our objective is to describe the level of concern on falling in older adults, who participate in the workshops at the Community Office of the Elderly (OCAM by its initials in spanish) of Valparaíso city, in the second semester of 2017.

This study is quantitative, non-experimental, transversal and descriptive. The population was 362 older adults enrolled in the workshops given by the OCAM, with a non-probabilistic sample by voluntary subjects (october 2017), with a final sample of 169. For the data collection was used: Instrument for the assessment of demographic, social, health and environment characteristics and Short Falls Efficacy Scale International (Short FES-I).

The results show that, 49.7% of the respondents presented moderate fear, 37.28% low and 13.02% high fear. In addition to this, women present a higher presence of high fear (13.91% vs. 5.56%), same as those with low educational level (52.94%). Also, those who didn't have a history of falls (75.14%), had greater concern about falling than those who did (52,89% vs 41,67%). Finally, it was obtained that those who lived in a hill or ravine had more fear of falling than those who lived in downtown.

We conclude that prevailed a moderate fear of falling, being higher in women, with a low educational level, mostly without a history of falls and whose homes are located in the hills and ravines.

Key words: *Aged, Fear, Accidental falls, Self care, Nursing (DeCS).*

CAPÍTULO 1

INTRODUCCIÓN

1.1 INTRODUCCIÓN

El proceso de envejecimiento es un fenómeno de importancia mundial, del cual Chile no se encuentra exento; y es por ello que se ha vuelto relevante el estudiar las problemáticas que afectan al adulto mayor. Dentro del país, la región de Valparaíso posee la mayor cantidad de personas con 60 años o más, concentrando el 20,6%. Esta población se ve caracterizada por la prevalencia del género femenino, ser autovalente, presentar escasa participación social y vivir acompañado (1). En el adulto mayor el miedo por caer ha sido reconocido como un importante impedimento para la mantención de la autovalencia, afectando al 50-60% que vive en la comunidad (2). Este fenómeno puede presentarse en este grupo etario con o sin antecedentes previos de caídas.

El término “miedo por caer” ha recibido múltiples definiciones en la literatura científica, siendo una de las más conocidas y utilizadas, la que proponen Tinetti, Richmond y Powell, quienes lo definen como: “la falta de seguridad que tiene una persona en si misma a la hora de evitar una caída cuando realiza actividades de la vida cotidiana” (3). Por su parte Buchner, lo describe como “una preocupación ante la posibilidad de caer que conduce a la persona a evitar las actividades que es capaz de realizar” (4). Según ambas definiciones, el miedo ante una posible caída podría generar la pérdida de la capacidad para realizar actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD). Estas últimas están relacionadas directamente con la interacción del adulto mayor con su entorno, es decir, influyen sobre su participación social. Es importante destacar que la participación social es esencial en cualquier etapa de la vida, pero adquiere una especial relevancia en la adultez mayor; ya que es específicamente en esta edad cuando se viven numerosos cambios, tanto en la esfera orgánica como en la mental. Dichos cambios con el paso de los años, predisponen a una serie de eventos fisiopatológicos que llevan al adulto mayor a

presentar variadas enfermedades, que si no son tratadas a tiempo, pueden disminuir su independencia, trayendo como consecuencia la disminución de las actividades sociales. Se sabe que la vinculación con otros, la pertenencia y la actividad grupal son imprescindibles para mantener un envejecimiento activo, y beneficiar física y psicológicamente la salud (5).

Los adultos mayores con participación social tienen la necesidad de desplazarse en la comunidad, lo que se asocia a un incremento en la realización de actividades recreativas fuera del hogar, como la asistencia a cursos, talleres, actividades religiosas, etc. En la ciudad de Valparaíso, esta acción constituye una problemática aún mayor, ya que esta localidad posee características topográficas particulares como la presencia de cerros y quebradas. Lo anterior, expone a las personas mayores que habitan en la zona a desafíos tanto en la movilización, como en el acceso a la locomoción colectiva. Muchos de ellos, luego de comenzar a experimentar el miedo por caer, pueden optar por no querer abandonar sus hogares. Sumado a lo anterior, las barreras arquitectónicas presentes en las viviendas contribuyen a que los adultos mayores permanezcan recluidos llegando en casos extremos a no querer salir de sus habitaciones, generando así auto restricción ante la imposibilidad de transitar de manera segura. Estas condiciones generan finalmente un aislamiento, que produce un impacto en el ámbito familiar, psicosocial, y por ende, merma su calidad de vida (6).

Además, el miedo por caer puede tener efectos negativos en el aspecto físico, como atrofia muscular y el incremento en el desgaste del tejido óseo producto de la limitación autoimpuesta; y en el psicológico, provocando una pérdida de confianza, lo que conduce a un estado de ansiedad e inestabilidad emocional. Esto puede llevar incluso a que la persona requiera de cuidados especializados y/o institucionalización (2, 7).

En el ámbito internacional, se han realizado múltiples investigaciones que señalan la prevalencia del miedo por caer en las personas mayores, obteniendo cifras que fluctúan entre el 20% y el 60% en la población (8,9). Además se ha establecido una variación en

la presencia del miedo por caer entre las personas que han presentado un accidente de caídas de forma reciente y aquellos sin historial previo (10,11).

A nivel latinoamericano, investigaciones realizadas en México reportaron que el miedo por caer se presenta en el 56,7% de los adultos mayores, de los cuales el 15,6% lo considera como un miedo severo (12). En Brasil, este fenómeno se manifiesta de forma semejante, obteniendo resultados que varían entre un 56,3% y un 66,5% (13,14).

En Chile no se encontraron estudios que hicieran referencia al miedo por caer, sin embargo actualmente se está llevando a cabo un proyecto de investigación llamado “Caminar como estrategia para disminuir el miedo por caer en adultos mayores en la comunidad”, el cual se encuentra en estado de ejecución, siendo realizado en la ciudad de Santiago. Como se mencionó anteriormente las caídas son un factor que influye sobre la prevalencia del miedo por caer y según la Encuesta sobre Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE), en la región Metropolitana las caídas se presentan en un 35,3% de la población adulta mayor que vive en la comunidad, siendo una cifra elevada si se compara con otros países latinoamericanos (15).

Para el adulto mayor, la presencia de estudios locales sobre la prevalencia del miedo a caer, les podría permitir acceder a largo plazo a estrategias de prevención y promoción de la salud enfocadas en dicho fenómeno; lo que posibilitaría hacer frente a los factores de riesgo que propician esta preocupación y de esta manera favorecer el mantenimiento de su autovalencia.

Desde el punto de vista de la disciplina de enfermería resulta importante conocer el miedo por caer, ya que si bien este puede presentarse inicialmente como un mecanismo de autocuidado ante una amenaza real, previniendo al adulto mayor de realizar acciones que puedan generar una caída; a largo plazo podría convertirse en un factor de riesgo si este llega a producir una restricción en las actividades de la vida diaria, lo que ocasionaría consecuencias en el plano social, físico y/o cognitivo (2). Debido a ello, se vería reducida en el adulto mayor su calidad como agencia de autocuidado, lo que comprometería su autovalencia, volviéndolo dependiente en mayor

o menor grado (16). Cabe destacar que la enfermería como disciplina encargada del cuidado de la persona a lo largo de todo su ciclo vital, tiene como una de sus funciones prioritarias en el área geriátrica, el ayudar a mantener la funcionalidad del adulto mayor. El hecho de conocer la presencia del miedo por caer en este grupo etario, nos permitirá realizar intervenciones enfocadas en la realidad de nuestro entorno y en el mejoramiento de la calidad de vida de las personas mayores.

1.2 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

“¿Cuál es el nivel de preocupación por caer según características demográficas, sociales, de salud, de la vivienda y el entorno en adultos mayores participantes de los talleres de la Oficina Comunal del Adulto Mayor (OCAM) de la ciudad de Valparaíso, en el segundo semestre del año 2017?”.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 OBJETIVO GENERAL:

Describir el nivel de preocupación por caer según características demográficas, sociales, de salud, de la vivienda y el entorno en adultos mayores participantes de los talleres de la Oficina Comunal del Adulto Mayor (OCAM) de la ciudad de Valparaíso, en el segundo semestre del año 2017.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar las características demográficas, sociales, de salud, de la vivienda y el entorno de la población en estudio.
- Identificar el nivel de preocupación por caer en la población en estudio.
- Determinar el nivel de preocupación por caer según características demográficas de la población en estudio.
- Determinar el nivel de preocupación por caer según características sociales de la población en estudio.
- Determinar el nivel de preocupación por caer según características de salud de la población en estudio.
- Determinar el nivel de preocupación por caer según características de la vivienda y el entorno de la población en estudio.

CAPÍTULO 2

MARCO REFERENCIAL

2.1 MARCO EMPÍRICO

2.1.1 SITUACIÓN DEMOGRÁFICA DEL ADULTO MAYOR EN CHILE

El proceso de envejecimiento de la población es un fenómeno de relevancia a nivel mundial que posee múltiples impactos en la sociedad. Dentro de América latina, nuestro país destaca por encontrarse en una etapa de avanzada transición demográfica, al igual que los países desarrollados.

Según los últimos datos recolectados en el CENSO 2012, la tasa de crecimiento anual de la población chilena entre 2002 y 2012 corresponde a un 0,97% (17). Esto se explica por las bajas tasas de natalidad y mortalidad y un aumento de la expectativa de vida. Los últimos informes actualizados, indican que en Chile el índice de envejecimiento es de 86, es decir, existen 86 adultos mayores por cada 100 menores de 15 años (17).

La encuesta Casen 2015 señala que en el país hay 3.075.603 personas de 60 años y más, quienes se caracterizan por ser predominantemente del género femenino con un 57,3% (134,1 mujeres por cada 100 hombres), autovalentes (85,5%), casados (64,5% de los hombres y 39,2% de las mujeres respectivamente), tener una tasa de alfabetización de 91,5%, estar económicamente activos (58,3%), poseer escasa participación social (65,6% no participa en ninguna organización ni grupo) y ser sedentaria (94,0%) (1,18).

En Chile, la región de Valparaíso se sitúa como la primera región con la mayor cantidad de adultos mayores, los cuales representan el 20,6% del total existente en el país. En la zona, la población de este grupo etario se caracteriza por poseer predominancia del género femenino (57,3%), ser autovalente (85,6%), encontrarse entre los 60-69 años de edad (48,8%), tener una educación básica incompleta con un promedio de 8,7 años (27,4%), estar económicamente activo y el hecho de que un 85,2% utiliza el sistema de salud público (1).

2.1.2 MIEDO POR CAER

El envejecimiento progresivo de la población, ha llevado a un aumento significativo de los problemas asociados al adulto mayor, siendo uno de los más relevantes, las caídas, pues es un acontecimiento que genera un importante riesgo de morbilidad y mortalidad en las personas sobre los 65 años (19). Las caídas son consideradas como uno de los grandes síndromes geriátricos, ya que son el resultado de una multiplicidad de factores; siendo uno de ellos el “miedo por caer”.

El miedo por caer fue estudiado por primera vez en 1982, donde se le denominó con el término Ptophobia (pto: caída / phobia: miedo excesivo). En dicha investigación se señaló que las personas que presentaban una caída, tenían un miedo excesivo a ponerse de pie o iniciar la marcha (20). Otro estudio posterior realizado en 1987, determinó al miedo por caer como un factor que puede mermar la calidad de vida del individuo, ya que produce restricción en las actividades de la vida cotidiana, una disminución de la independencia, pérdida de confianza, y en casos extremos aislamiento (21). A partir de ese momento numerosos autores comenzaron a generar definiciones en torno al fenómeno, sin llegar a un consenso. La más conocida y utilizada es la “pérdida de confianza en sí mismo para evitar las caídas durante la realización de actividades esenciales y relativamente no peligrosas, que llevan al individuo a evitar las tareas que él es capaz de hacer” (3). Otras investigaciones lo señalan como “una preocupación ante la posibilidad de caer que conduce a la persona a evitar las actividades que es capaz de realizar” (4). Sin embargo, en ambas definiciones el miedo ante una posible caída podría generar la pérdida de la capacidad para realizar actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD).

Esta controversia en cuanto a la definición del miedo por caer, ha llevado a la generación de variados instrumentos para su medición. Algunos de ellos miden el miedo por caer propiamente dicho, al aplicar una sola pregunta “¿tiene miedo por caer?”, otros evalúan las consecuencias negativas del miedo por caer, un ejemplo de

ello es el Survey of Activities and Fear of Falling in the Elderly (SAFFE o SAFE), que determina la prevalencia del miedo por caer, así como también las consecuencias que genera sobre las actividades de la vida diaria (AVD) y la calidad de vida. Por otro lado existen aquellos instrumentos que miden la autoeficacia (percepción que tiene un individuo de sus capacidades para ejecutar una actividad determinada) y su relación con las caídas, entre ellos se encuentran: la escala de eficacia en caídas (FES: Falls Efficacy Scale) y la escala de confianza en el equilibrio en actividades específicas (ABC: Activities-specific Balance Confidence) (6).

2.1.3 IMPACTO DEL MIEDO POR CAER EN LOS ADULTOS MAYORES

Uno de los efectos más importantes de las caídas es el miedo por caer, que ocurre entre 50-60% de las personas mayores (2). Este, a su vez, puede tener importantes repercusiones involucrando varios aspectos que van desde el desarrollo de medidas de prevención de caídas, hasta la autorestricción que puede llevar a la inhabilidad funcional.

Entre los aspectos físicos, la limitación autoimpuesta debido al miedo por caer es uno de los más importantes; ya que puede dar paso a la falta de condicionamiento y atrofia muscular, pérdida del equilibrio e incluso predisponer a la posibilidad de caer nuevamente y generar una lesión. Además, produce otros efectos secundarios en el organismo, propios de la inactividad como estreñimiento y osteoporosis, ya que al mantenerse inmóvil ocurre un descenso de la motilidad intestinal y un mayor desgaste del tejido óseo (7).

Dentro de las consecuencias psicológicas se encuentran la ansiedad, la depresión y la inestabilidad emocional, además de ocasionar autorestricción y pérdida de confianza en el desempeño de las actividades de la vida diaria. Si estos trastornos psicológicos se mantienen en el tiempo, puede ser imprescindible la necesidad de medicación, servicios sanitarios, cuidados especializados y/o institucionalización (2,7).

En el área social, se merma la participación social, la cual es esencial en cualquier etapa de la vida, adquiriendo una especial importancia en la adultez mayor; ya que la

vinculación con otros, la pertenencia y la actividad grupal son indispensables para mantener un auto concepto positivo, y beneficiar física y psicológicamente la salud (5). Debido a esto, cuando las personas comienzan a experimentar el miedo por caer reducen progresivamente la realización de AVD, aumentando su dependencia. Estas condiciones generan un aislamiento, impactando en el ámbito familiar y psicosocial (6).

2.1.4 PREVALENCIA DEL MIEDO POR CAER EN ADULTOS MAYORES

Variadas son las cifras encontradas en los estudios realizados para medir la prevalencia del miedo por caer en adultos mayores, esto debido principalmente a que las características biológicas, sociales y demográficas difieren en cada población de estudio, dependiendo de los estándares de salud, las condiciones ambientales, geográficas, etc. Es así que se pueden distinguir diversos factores que se relacionan directamente con la aparición del miedo por caer, los cuáles serán tratados más adelante.

En el ámbito internacional, diversos países han medido la prevalencia del miedo por caer, siendo las cifras obtenidas de un 20,8% en los Estados Unidos, 53,4% en Taiwán y 63,3% en Portugal (8, 9,11).

A nivel de Latinoamérica, las cifras encontradas poseen ciertas similitudes, pues estudios mexicanos señalaron que el miedo por caer se presenta en el 56,7% de los adultos mayores, de los cuales el 15,6% lo reportó como severo (12). En Brasil, este fenómeno se manifestó de forma semejante, ya que en dos estudios encontrados en dicho país, la prevalencia del miedo por caer resultó en un 56,3% y un 66,5% respectivamente (13,14).

También se han llevado a cabo en ambas esferas investigaciones que han utilizado como escalas de evaluación el FES-I (Falls Efficacy Scale) y el Short FES-I (Short Falls Efficacy Scale); instrumentos que establecen tres posibles categorías de preocupación por caer: bajo (7-8 pts.), moderado (9-13 pts.) y alto (14-28 pts.). En Vietnam el 8,5% de la población estudiada señaló una baja preocupación, el 27,5% una moderada preocupación y el 64% refirió una alta preocupación por caer (7). Así mismo en Madrid

se obtuvo que el 35% de los adultos mayores presentaba una baja preocupación, el 6,9% una moderada preocupación y solo un 3,7% una alta preocupación ante una caída (22).

En India se midió la variable empleando estas escalas, pero solo se hizo distinción de dos posibles resultados: miedo por caer (puntaje >8) y sin miedo por caer (puntaje < o igual a 7), siendo los porcentajes obtenidos respectivamente de un 33,2% y un 66,8% (10). Con este mismo método una investigación en Londres estableció que el 19% de los adultos mayores estudiados presentaban preocupación por caer (23).

En Chile no se encontraron estudios que hicieran referencia sobre el miedo por caer, sin embargo, según investigaciones los eventos de caídas se presentan en un 35,3% de la población adulta mayor que vive en la comunidad, siendo una cifra elevada si se compara con otros países latinoamericanos (15).

2.1.5 FACTORES ASOCIADOS AL MIEDO POR CAER

2.1.5.1 FACTORES DE SALUD

El envejecimiento en el adulto mayor es producto de la acumulación de múltiples daños orgánicos, que a largo plazo llevan a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, así como a un aumento del riesgo de enfermar (19). El miedo por caer es un fenómeno que se ve influenciado por este proceso y por ende, ciertos factores de índole biológico son considerados de riesgo para su aparición, destacando entre ellos las caídas, enfermedades crónicas no transmisibles, mareos, actividad física y la polifarmacia.

Las caídas definidas como “acontecimientos involuntarios que hacen perder el equilibrio y dar con el cuerpo en tierra u otra superficie firme que lo detenga” (24), son un problema a nivel mundial, siendo consideradas como la segunda causa de muerte por lesiones accidentales o no intencionales; estimándose su ocurrencia en una de cada tres personas mayores que viven en la comunidad (25). En nuestro país, según la encuesta sobre Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE), este evento se presentó en

un 35,3%, cifra muy similar a la encontrada en países desarrollados (20%-30%) (26). Según estudios internacionales las caídas suelen presentarse una o dos veces dentro de un periodo de 6 meses (89,58%) (27).

El miedo a caer fue atribuido durante un largo periodo de tiempo como una consecuencia de las caídas, también denominado como síndrome post-caídas (24); sin embargo, estudios posteriores señalaron que este fenómeno era capaz de presentarse tanto en presencia como en ausencia de estas últimas (9, 11, 28).

A pesar de que el miedo puede aparecer sin haber caído anteriormente, la presencia de uno o más de estos episodios se relaciona estrechamente con un incremento de su prevalencia en los adultos mayores. Investigaciones internacionales señalaron que el miedo por caer se presentó en un 40,9% en aquellos que refirieron por lo menos un accidente con caída en los últimos 6 meses y en un 32,5% en aquellos sin historial previo (9). En otro estudio se observó mayores variaciones entre ambos grupos, siendo el miedo en las personas mayores que cayeron de un 64,6% versus un 35,4% en las personas sin evento reciente (11).

En Latinoamérica, Brasil, ha sido uno de los países que más investigaciones ha realizado en relación al miedo por caer, en ellas se observó que los porcentajes de las personas que han experimentado una caída en el último año y las que no han tenido ningún episodio reciente, presentaron una diferencia de más de 20%, siendo los primeros quienes tienen mayor preocupación por caer (84,16%) (28, 29).

Esta relación ha sido corroborada en numerosos estudios, donde se señala que en cuanto mayor sea el número de caídas sufridas por la persona, mayor será el sentimiento de preocupación en la realización de sus AVD, pues el sujeto intentará prevenir una futura caída (7,13, 29). Un adulto mayor que ha tenido consecuencias, como lesiones o fracturas tras una caída, es más propenso a desarrollar el miedo (13).

Se debe considerar además, que ambas variables son un factor de riesgo para la otra y por ende, una persona mayor que presenta una alta preocupación por caer es posible que desarrolle una caída en un corto periodo de tiempo (13).

Por lo anterior, podemos señalar que muchos de los factores asociados a la presentación de una caída repercuten en la aparición del miedo por caer, y por este motivo las enfermedades que se derivan del deterioro de las funciones corporales propias de la edad son de importancia para este estudio, ya que muchas de estas afectan la marcha, el equilibrio e incluso generan una limitación en los órganos de los sentidos.

La evidencia señala que la percepción de un peor estado de salud está relacionada a la presencia de un mayor miedo por caer (13). Las enfermedades que más se asociaron a este fenómeno fueron: diabetes mellitus, hipertensión arterial, accidente cerebro vascular (ACV), depresión, alteraciones en la visión y audición, artropatías, osteoporosis, deterioro cognitivo, ansiedad, insomnio e incontinencia urinaria (11, 30, 31). Esto debido a que pueden generar una reducción en la capacidad física, sensitiva y mental e influyen negativamente en el equilibrio y el control postural, aumentando el sentimiento de incertidumbre y preocupación ante una posible caída durante las actividades de la vida cotidiana (32). Cabe mencionar que entre todas las patologías relacionadas con el miedo por caer, la diabetes mellitus y los ACV tienen un valor significativo, pues la primera generalmente se relaciona a largo plazo con una reducida movilidad, ya sea por lesión de pie diabético o producto de complicaciones visuales o neuropatías; y la segunda por una disminución del tono muscular, movilidad y control sobre los miembros inferiores (11).

A nivel nacional las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de muerte y morbilidad en la población de 65 años o más, siendo aquellos factores de riesgo con mayor prevalencia la hipertensión arterial (57,98%) y la diabetes mellitus (21,89%); mientras que entre las alteraciones articulares, la artrosis afecta a más del 40,6% de los adultos mayores (18, 33, 34), de ahí la importancia de conocer la prevalencia de estas patologías en la población de estudio.

En este mismo contexto, la comorbilidad es un evento de alta ocurrencia en este grupo etario, y por ende, para mantener su salud las personas mayores deben llevar a cabo

un tratamiento que implica, en muchas ocasiones, el consumo de un número excesivo de fármacos. Este concepto es denominado polifarmacia, el cual según la Organización Mundial de la Salud (OMS) es considerado como el consumo de 3 o más fármacos de forma regular (35). Según estudios, este es un factor de riesgo para tener un episodio de caída y en consecuencia generar miedo por caer (34), debido a que los cambios propios que ocurren con el envejecimiento afectan la forma en que interactúan los medicamentos con el organismo, produciéndose una mayor predisposición a padecer efectos adversos; en Chile el 38,7% de los adultos mayores presenta polifarmacia (35).

Investigaciones establecen que los fármacos con mayor relación en el desarrollo del miedo por caer son los antihipertensivos, psicofármacos tales como los ansiolíticos y las benzodiazepinas, vasodilatadores y diuréticos (35, 36). Estos medicamentos tienen en común que su principal acción se genera a nivel del sistema nervioso o sobre la presión del flujo sanguíneo, siendo causantes de ciertos efectos adversos, tales como somnolencia, mareos, vértigo, disminución de la coordinación, debilidad, temblores, entre otros, que en ciertas situaciones generan inseguridad en la persona por la posibilidad de caer o tropezar. Los mareos según un estudio nacional se presentan en un 17,4% de los adultos mayores (33). También se debe considerar que la asociación con el miedo es significativa cuando el adulto mayor consume una media de 5 fármacos de forma concomitante (9).

Otro factor asociado es la actividad física, ya que la ausencia o práctica poco regular de esta puede predisponer a generar miedo por caer, ello se ve demostrado a través de un estudio donde el 85,14% de las personas mayores que no realizaba actividad física sufrieron alguna caída (25).

Investigaciones señalan una relación inversa entre las caídas y el miedo por caer con la realización de actividad física, encontrándose que del grupo de adultos mayores que no reportaban miedo a caer, más del 50% eran físicamente activos. Cabe mencionar que una vida sedentaria en las personas mayores de 60 años puede producir múltiples efectos sobre el sistema óseo y muscular, generando como consecuencia un deterioro

del equilibrio, lo que a su vez influye directamente en la realización de AVD. Al asociar los factores anteriormente mencionados con la presencia de miedo por caer, el sedentarismo se convierte en un factor predisponente para sufrir una caída (28, 37).

La restricción de las AVD causada por el miedo por caer en los adultos mayores, se encuentra estrechamente vinculada a un círculo vicioso, donde una vida sedentaria genera consecuencias como la pérdida del equilibrio; situación que la persona mayor busca enfrentar a través del reposo, llevando finalmente a una disminución progresiva de la funcionalidad. Esto último, conduce al mismo tiempo a la inexistencia de actividad física y con ello a un aumento de la sensación de fragilidad y dependencia (9, 28).

2.1.5.2 FACTORES DEMOGRÁFICOS

Diversos estudios relacionan el miedo por caer con características demográficas, refiriéndose a que este se encuentra presente predominantemente en sujetos de edad avanzada, sexo femenino, viudos y pertenecientes a familias extendidas.

Respecto a la edad, se describe que el miedo por caer aumenta significativamente con el paso del tiempo, presentándose en sujetos de 60-70 años en un 24%, de 71-80 años en un 41,7% y sobre los 81 años en un 78,3% (10). Otros estudios respaldan este incremento exponencial, pues en sujetos de edad avanzada, entre los 70 y los 90 años, esta variable se presentó en una mayor medida (9, 13, 38, 39, 40). Esto debido a que generalmente con el avance progresivo de la edad, la persona mayor sufre un deterioro en su salud física y mental producto de los cambios propios del envejecimiento, así como también un aumento de las enfermedades crónicas, lo que incrementa la fragilidad de los adultos mayores y por ende contribuye en la aparición del miedo por caer (13, 38).

Al momento de considerar el género, se concluyó que el miedo ante una posible caída predomina en las mujeres, ya que estudios señalan que la prevalencia del miedo en este grupo fue de un 68,5% mientras que solo se presentó en un 31,6% en los hombres (9). En otras investigaciones se obtuvo resultados similares, donde la presencia del miedo por caer en mujeres fue de un 63,1%, y en hombres de un 45,9% (11). Esto se

explica debido a que en las mujeres ocurre un desgaste a nivel óseo mayor que en los hombres, lo que afecta su equilibrio y marcha predisponiendo a un aumento en el riesgo de caídas, y por lo tanto a la aparición del miedo por caer (9, 11). Además según la literatura, el género masculino suele omitir este problema por la influencia de estigmas y prejuicios sociales (9).

Según el estado civil, se encontró que de los adultos mayores que presentaron mucho miedo por caer, un 61% en su mayoría eran viudos, solteros o divorciados (39). Esto se reafirma en otros estudios, siendo aquellos en situación de viudez quienes poseían un mayor temor con un 57,2% (9).

Otro factor a considerar es el tipo de familia; en los adultos mayores que pertenecían a una familia nuclear el miedo por caer se presentó en un 25,6%, en familias conjuntas (varias generaciones conviven en una misma vivienda) en un 34,8% y en familias extendidas en un 85,7% (10). La literatura señala que esto ocurre debido a que la presencia de otros parientes actuaría como factor protector frente al miedo por caer, pero también un gran número de familiares aumenta la sobreprotección y disminuye la percepción de la persona frente al riesgo, exponiéndose a posibles caídas (7, 28).

2.1.5.3 FACTORES SOCIALES

En el adulto mayor predisponen o aumentan la probabilidad de presentar miedo por caer algunos factores sociales, entre ellos se encuentran la escolaridad y la ocupación.

En lo que respecta a la escolaridad, diversos artículos a nivel mundial la relacionan con la preocupación por caer encontrándose hallazgos significativos (9). Un estudio realizado en Corea, además de establecer una relación entre ambas variables, añade una distinción entre los adultos mayores que residían en el área rural versus los que viven en el área urbana. Al caracterizar la muestra, quienes presentaban un alto nivel de preocupación por caer, fueron aquellos que poseían un grado de escolaridad inferior a nueve años (47,8%), hecho que se vio incrementado en aquellos que residían en el área rural (20,7%) en comparación con los que habitaban en el área urbana (9%) (41).

En España se realizó una investigación donde se clasificó a los adultos mayores en tres grupos de acuerdo a su nivel educacional: sin escolaridad, estudios básicos y estudios medios-superiores. Los resultados señalaron que el miedo por caer se presentó de manera significativa en aquellos adultos mayores sin escolaridad (57,1%), contrastando con aquellos que presentaban un mayor nivel de instrucción (45,8%). Dentro del grupo sin escolaridad al hacer la distinción por sexo, la preocupación por caer se presentó en mayor medida en mujeres (87,3%) que en hombres (52,1%). A pesar de que este disminuyó al aumentar el número de años cursados, se mantuvo en mayor proporción en el género femenino (39). Un dato que corrobora los anteriores estudios, es el hallazgo obtenido en una investigación que se realizó en adultos mayores mexicanos que residen en Estados Unidos, en donde se observó esta misma tendencia (12).

Por lo tanto se puede considerar la escolaridad como un factor protector ante el miedo por caer, pues esta genera una actitud de alerta frente a los obstáculos del ambiente en el cual están inmersos los adultos mayores (2, 38, 40, 42).

Respecto a la ocupación, no se encontró mayor relación con la preocupación por caer, sin embargo se considera como un factor de riesgo de caídas (10).

2.1.5.4 FACTORES DEL ENTORNO

El miedo por caer tiene una relación directa con ciertos factores del entorno, debido a que existen elementos del ambiente, sean intra o extra domiciliarios, que pueden propiciar potencialmente una caída, generando un aumento en la preocupación del adulto mayor durante la realización de AVD.

2.1.5.4.1 FACTORES INTRADOMICILIARIOS

Los factores intra-domiciliarios se definen como aquellas barreras que se encuentran al interior del hogar y que favorecen la ocurrencia de un evento de caída (25). Un estudio brasileño señala que "(...) pueden ser ambientes con poca luz, alfombras sueltas, escaleras sin barandas, pisos resbaladizos (...) o muebles colocados inadecuadamente, propiciando ambientes inseguros y peligrosos para el adulto mayor"

(43). Esto ha sido demostrado en otras investigaciones donde se señala que las caídas ocurren principalmente mientras se camina o se hacen tareas de rutina, siendo más del 50% en el hogar (11). Otras investigaciones similares establecen que el 43% de ellas ocurre en la vivienda, principalmente en el living-comedor y el baño (35).

Según lo anterior el domicilio, es el lugar donde ocurren el mayor número de eventos de caídas, sin embargo, el adulto mayor se suele sentir menos temeroso por caer en este lugar, ya que el entorno le es conocido (44).

Entre los factores intradomiciliarios capaces de propiciar una caída se encuentran: las condiciones del piso (suelos resbaladizos, con desniveles), mala iluminación, escaleras con ausencia de pasamanos, peldaños muy altos o muy estrechos, etc. Un estudio señala que el 49,5% de los adultos mayores que han sufrido una caída presentan un mayor número de barreras o elementos que la propicien en su vivienda (45). Destacando la presencia de objetos en desorden que obstaculicen el libre desplazamiento, y peligros específicos como alfombras y mascotas dentro del hogar (25).

Estudios señalan que las AVD que generan una mayor preocupación por caer en el hogar son aquellas que implican un esfuerzo físico, tales como subir o bajar escaleras e intentar obtener un objeto de una superficie elevada. Además de aquellas que impliquen caminar por superficies irregulares (42,5%), inclinadas (31,6%) o resbaladizas (35%) (7, 14, 28).

2.1.5.4.2 FACTORES EXTRADOMICILIARIOS

Debido al proceso normal de envejecimiento, el sistema músculo esquelético sufre cierto deterioro que provoca la disminución de la movilidad, siendo las actividades al aire libre las primeras que se tienden a limitar, ya que son las que imponen mayores exigencias sobre el sistema vestibular y por tanto provocan mayor miedo ante una posible caída (44). Lo anterior se ve respaldado por una investigación realizada en Danang (Vietnam), ciudad que destaca por su alto tráfico, donde las personas mayores

señalan que tienen miedo de salir de su hogar para realizar cualquier tipo de actividad, ya que piensan que no es seguro y las probabilidades de caer son altas (7).

Los factores extra domiciliarios se definen como aquellos que dificultan el desplazamiento y son capaces de propiciar una caída en el exterior del hogar. Ejemplos de ellos son: las aceras estrechas, pavimento defectuoso, semáforos de breve duración, bancas de los jardines y plazas muy bajos o muy altos para la persona, y las pozas de agua. Además los medios de transporte también juegan un papel importante aumentando el riesgo, en caso de poseer escalones de acceso muy altos, realizar movimientos bruscos durante el viaje y otorgar tiempos cortos para entrar o salir de ellos (25).

En una investigación realizada en Corea, se estudió el miedo por caer según el área donde residía el adulto mayor, señalando que quienes habitan en las áreas rurales presentan una mayor preocupación ante una caída que aquellas que vivían en zonas urbanas (39). Esto según la literatura, debido a que las personas mayores presentan mayor preocupación por caer cuando realizan actividades como bajar o subir pendientes pronunciadas o caminar en superficies desiguales, tales como suelos rocosos y caminos mal pavimentados, que son más frecuentes de encontrar en el sector rural (7, 30).

2.2 MARCO TEÓRICO

2.2.1 TEORÍAS DEL ENVEJECIMIENTO

2.2.1.1 TEORÍAS SOCIALES DEL ENVEJECIMIENTO

El envejecimiento progresivo de la población ha generado un aumento en los estudios acerca de aquellos aspectos que influyen sobre la calidad de vida del adulto mayor. Es en este contexto donde nace el término denominado *envejecimiento activo*, el cual es definido por la OMS como “el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen” (46). El envejecimiento activo incluye no solo los aspectos de salud física y mental, sino también la participación en la sociedad y la integración social del adulto mayor.

Entre las teorías que se refieren a la socialización en la tercera edad, se encuentra la Teoría de la Actividad, la cual señala que las personas mayores deben permanecer activas tanto tiempo como sea posible, e inclusive deben buscar un reemplazo para aquellas tareas que ya no pueden realizar, puesto que el encontrarse activo posee un impacto positivo en el mantenimiento del funcionamiento general y el nivel de satisfacción en la vejez. Entre los beneficios referentes al envejecimiento activo se encuentran el mejoramiento de la autoestima, calidad de vida y bienestar (47, 48).

Es importante destacar que la participación social y el relacionarse con otros es esencial en cualquier momento de la vida, pero adquiere una especial relevancia en la adultez mayor; ya que es específicamente en esta etapa cuando se viven muchos cambios que pueden causar la disminución de las actividades sociales (5).

Se ha comprobado que el bienestar personal se encuentra estrechamente relacionado con las actividades realizadas en grupo, ya sea en el medio familiar, en el trabajo o en la comunidad. La participación social permite que se ejerciten las capacidades humanas y se desarrolle la personalidad de los individuos (47).

2.2.1.2 TEORÍAS BIOLÓGICAS DEL ENVEJECIMIENTO

El envejecimiento es un proceso universal, continuo, irreversible, progresivo, declinante y heterogéneo, en el que ocurren cambios biopsicosociales resultantes de la interacción de factores genéticos, sociales, culturales, del estilo de vida y la presencia de enfermedades (49).

Los cambios sobre el organismo causados por el envejecimiento pueden expresarse de dos maneras: envejecimiento normal o primario, referidos a los cambios derivados del propio paso del tiempo, y el envejecimiento patológico o secundario, caracterizado por la presencia de enfermedad o discapacidad (49).

Debido a ello, comienza un deterioro paulatino de órganos y sus funciones asociadas, ocasionando enfermedades osteoarticulares, cardíacas, demencia y algunos tipos de cáncer (50).

Esto lleva a los adultos mayores a un estado de fragilidad, el cual es un síndrome clínico-biológico caracterizado por una disminución de la resistencia y las reservas fisiológicas, siendo afectado el sistema muscular (resistencia, flexibilidad y fuerza), equilibrio, tiempo de reacción y coordinación, causando mayor riesgo de sufrir efectos adversos para la salud como caídas, discapacidad, hospitalización, institucionalización y muerte (51). De hecho, la literatura señala que el 30% de los adultos mayores se clasifica como frágiles o en riesgo y un 3% como postrados (50).

Algunas teorías sugieren que las alteraciones de varios sistemas fisiológicos, incluyendo la disfunción del sistema músculo esquelético, del control neurológico y del metabolismo energético, se asocian al desarrollo del estado de fragilidad en el adulto mayor. La mayoría de los autores coinciden que las manifestaciones clínicas más comunes son la disminución involuntaria del peso corporal, de la fuerza muscular, trastornos del equilibrio y marcha, y una declinación de la actividad física (51).

Además, algunas alteraciones en los órganos de los sentidos, como en el caso de la audición, se traducen en una respuesta deficiente del reflejo vestíbulo-ocular (que

ayuda a mantener el equilibrio durante el movimiento), lo que predispone a los adultos mayores a sufrir caídas, y a tener consecuencias tales como lesiones de distintos niveles de gravedad que pueden requerir inmovilización, ya sea por un tiempo breve o de larga duración (52). Lo anterior, ocasiona que la persona mayor posea una predisposición a sufrir consecuencias más severas frente a situaciones estresantes de la vida cotidiana, como es el caso de una caída y el miedo que esta puede llegar a producir (51).

Sumado a ello, la situación funcional de la persona mayor hace que en el riesgo por caer prevalezcan diferentes factores. En el caso de los adultos mayores vigorosos predominan los factores ambientales, mientras que en los adultos mayores frágiles prevalecen los intrínsecos, como las alteraciones de la marcha y el equilibrio. Se ha demostrado que las caídas en las personas mayores de 65 años con buen estado de salud y que envejecen con éxito, son mucho más violentas en comparación con las sufridas por el grupo que presenta mayor deterioro funcional (53).

Todo esto produce en el individuo una sensación de inseguridad que lo hace más dependiente y a la vez lo autolimita en la realización de sus actividades por un posible desarrollo del miedo por caer (53).

El envejecimiento se debe en gran parte a las características genéticas del ser humano y a las de cada individuo. Sin embargo, este proceso se ve influido por el medio ambiente y por el estilo de vida según el cual cada persona hace uso, abuso y desuso de sus capacidades; ya sean físicas, psíquicas y/o sociales; de modo totalmente particular, dando como resultado un envejecimiento personalizado. Estos factores; medio ambiente y estilos de vida, son modificables, y por ello se debe considerar la promoción dentro de la intervención del equipo de salud, con el fin de lograr un buen envejecimiento (49).

2.2.1.3 TEORÍAS PSICOLÓGICAS DEL ENVEJECIMIENTO

El envejecimiento es un proceso que afecta de forma integral a la persona y por ende aborda también el ámbito psicológico. Son variados los autores que han estudiado los

cambios que se producen a lo largo de todo el ciclo vital, pero para este estudio sólo se considerarán dos teorías; Teoría del Desarrollo Psicosocial de Erikson y Teoría de Peck.

Erikson, quién se destaca por ser pionero en el estudio del desarrollo psicoemocional a lo largo de todo el ciclo vital, basa su teoría principalmente en una serie de etapas y los conflictos que deben resolverse en el transcurso de cada una de ellas, hasta el final de la vida. El autor afirma que lo necesario para superar con éxito la última etapa (integridad vs desesperación), es el poseer ciertas habilidades desarrolladas con anterioridad, tales como el haber cuidado de personas y objetos, tener la capacidad de adaptarse a los triunfos y desilusiones, además de requerir el cumplimiento de ciertas tareas como “ser generador de otras personas, productos e ideas”.

La meta final de esta etapa es poder estar en paz con respecto a lo vivido, sentirse feliz y de acuerdo con las decisiones que se han tomado; esto genera que el concepto de su propia muerte pierda el carácter atormentador impuesto por la sociedad. Por el contrario, si no se cumple esta integridad, se teme a la muerte, poniendo en duda las decisiones tomadas y el estilo de vida conseguido, produciendo un gran sentimiento de remordimiento y desesperación (54).

Según Peck existen cuatro problemas o conflictos del desarrollo humano para este período; el primero es el *aprecio de la sabiduría frente al aprecio de la fuerza física*, en donde a causa del deterioro de la resistencia y la salud, la energía que se canaliza para realizar actividades físicas debe ser readecuada hacia actividades mentales; en segundo lugar está la *socialización frente a sexualización en las relaciones humanas*, en donde se ve el ajuste impuesto por los cambios biológicos y las restricciones sociales, redefiniéndose las relaciones con miembros de ambos sexos, dando prioridad a la camaradería sobre la intimidad sexual; en tercer lugar se encuentra *flexibilidad emotiva frente a empobrecimiento emotivo* en donde se ve la capacidad de adaptabilidad a los cambios de composición de grupos sociales y una readecuación de la prioridad de intereses personales; y finalmente se encuentra *flexibilidad frente a*

rigidez mental en donde el sujeto debe luchar contra la tendencia a obstinarse en sus hábitos o a desconfiar de nuevas ideas, dejándose dominar por la rigidez mental de las experiencias y juicios anteriores (55).

2.2.2 TEORÍA DEL DÉFICIT DEL AUTOCUIDADO

El concepto autocuidado ha recibido numerosas definiciones en el ámbito sanitario, un ejemplo es la propuesta por la OMS “autocuidado es lo que la gente hace para sí misma con el fin de establecer y mantener la salud, prevenir y lidiar con la enfermedad”. Es un concepto amplio que abarca: higiene, nutrición, estilo de vida, factores ambientales, factores socioeconómicos y automedicación (56). En Chile, el Ministerio de Salud (MINSAL) se refiere al autocuidado como “las acciones destinadas a fortalecer o restablecer la salud y prevenir la enfermedad; aquellas prácticas cotidianas y destrezas aprendidas a lo largo de la vida, tomadas por libre decisión con el fin de cuidar de sí mismo y de quienes forman su entorno y como estrategia para influir positivamente en proteger la salud y prevenir la enfermedad” (57).

En la disciplina de enfermería, el autocuidado ha sido estudiado y definido a través de la Teoría del Déficit del Autocuidado de Dorothea Orem, la cual está compuesta por tres sub-teorías relacionadas: Autocuidado, Déficit de Autocuidado y Sistemas Enfermeros (58).

Dentro de su teoría, Orem da significado a los metaparadigmas de enfermería: persona, salud, ambiente y enfermería. Los cuales, con el fin de sustentar este estudio, serán relacionados con el tópico central, miedo por caer:

- Persona: ser integral con características que determinan sus requisitos de autocuidado, tales como sexo, edad, estado civil, nivel educacional, etc. Estas características condicionan o tienen un impacto sobre el potencial de la persona para desarrollar estrategias de afrontamiento frente a situaciones adversas, como son las caída o la presencia del miedo por caer (59).

- Salud: considera el bienestar incorporando componentes físicos, mentales, interpersonales y sociales en todos los niveles de la atención de salud (59). Entre los factores sociales se encuentra la participación social, la cual influye en la autovalencia, autopercepción y calidad de vida del adulto mayor.
- Ambiente: son factores externos que interactúan con el individuo, en el ámbito intra o extra domiciliario (59). En este último, el miedo a caer puede verse influenciado por características estructurales o viales que dificulten la deambulaci3n extra domiciliaria, como escaleras rudimentarias, pavimento irregular o en mal estado. Mientras que, dentro del hogar la disposici3n de muebles, alfombras y escaleras; la arquitectura y las grandes pendientes podrían influir en la toma de medidas autorestrictivas para evitar las caídas.
- Enfermería: unifica los conceptos anteriormente mencionados y define las necesidades o requisitos de autocuidado terapéutico según el grado de dependencia de la persona, categorizando la atenci3n requerida como parcial, total o de apoyo (59).

2.2.2.1 TEORÍA DEL AUTOCUIDADO

Esta teoría describe “por qué” y “cómo” las personas cuidan de sí mismas. Orem define el autocuidado como “el conjunto de acciones intencionadas que realiza la persona para controlar los factores internos o externos, que pueden comprometer su vida y desarrollo posterior” (58). El autocuidado demanda que el individuo ejecute acciones para cuidar de sí mismo, con conocimientos y habilidades propias (60).

En el adulto mayor, la edad avanzada y la presencia de pluripatologías generan una mayor exigencia sobre las capacidades físicas y cognitivas, afectando la realizaci3n de sus actividades de autocuidado (61).

Cabe destacar que todos los seres humanos poseen requisitos necesarios para mantener una adecuada salud y bienestar, así como para fomentar un correcto desarrollo. Según la Teoría del Autocuidado se pueden identificar tres categorías: requisitos universales, requisitos del desarrollo y desviaci3n de la salud (58).

2.2.2.1.1 REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSALES

Son comunes a todos los individuos a lo largo del ciclo vital y su objetivo es preservar y mantener el funcionamiento integral de la persona. Incluyen: conservación del aire, agua, alimentos, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos y promoción de la actividad humana (58). Adquieren especial importancia en el adulto mayor, ya que pueden verse alterados, por los cambios asociados a la edad.

- Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el descanso: la actividad física en este grupo etario genera numerosos beneficios, tales como: prevenir enfermedades cardiovasculares al mantener el perfil de biomarcadores dentro de parámetros normales, mejora la salud ósea y funcional, y favorecer la conservación de las funciones cognitivas, disminuyendo por tanto la morbimortalidad (62). El impacto psicológico que produce el miedo por caer puede mermar la disposición del adulto mayor a realizar actividad física, lo que repercute en un menor control postural que dificultaría la realización de AVD, disminuyendo la calidad de vida e incrementando a su vez la presencia del miedo por caer (7).
- Mantenimiento del equilibrio entre la interacción social y la soledad: este requisito adquiere especial importancia en la adultez mayor, ya que la vinculación con otros, la pertenencia y la actividad grupal son imprescindibles para mantener un autoconcepto positivo y beneficiar física y psicológicamente la salud (5). En este grupo, el miedo por caer puede generar restricción en la realización de AVD y a su vez, disminuir la participación social llegando incluso en algunos a casos, a que el adulto mayor decida no salir de su hogar, originando dependencia y aislamiento (6).

2.2.2.1.2 REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DEL DESARROLLO

Estos surgen de los estados que afectan el desarrollo en cada etapa del ciclo vital (58). El adulto mayor, como agencia de autocuidado, posee ciertos requisitos específicos que

se ven condicionados por los cambios propios del envejecimiento, descritos en la sección “Teorías del envejecimiento”. De ellos, destaca la disminución de la agudeza visual, el enlentecimiento de los reflejos, el deterioro de las estructuras articulares, etc., que aumentan el riesgo de sufrir una caída (21). Es por ello, que el miedo por caer surge como un mecanismo de autocuidado protector y preventivo al evitar exponerse al riesgo (9).

2.2.2.1.3 REQUISITOS DE AUTOCUIDADO EN DESVIACIÓN DE LA SALUD

Son adoptados por las personas para hacer frente a exigencias de cuidado generadas por patología o discapacidad (59), haciéndose necesario introducir cambios en el estilo de vida; por ello, su cumplimiento depende de la capacidad y eficacia que tenga la persona para realizarlos, principalmente aquellos derivados del tratamiento médico (58). Es fundamental en este requisito reconocer al autocuidado como un fenómeno activo, donde las personas son capaces de aprender y adquirir habilidades que les permitan realizar un curso de acción apropiado (58).

Desde esta perspectiva, se puede señalar que el adulto mayor está expuesto al riesgo de padecer múltiples enfermedades y disfunciones orgánicas derivadas del proceso natural del envejecimiento; siendo las caídas uno de los fenómenos más recurrentes y pudiendo generar fracturas, que derivan en limitación funcional, dependencia e inmovilidad (25, 40).

El miedo por caer se ha considerado como una consecuencia de la caídas, pero también como un fenómeno independiente que genera preocupación en la realización de AVD en el adulto mayor, aumentando el riesgo de autorestricción y autoaislamiento al prevenir la exposición de situaciones que puedan conllevar caer (7, 13).

Las patologías se consideran un factor que pueden desencadenar el miedo por caer, debido a que generan una reducción en la capacidad física, sensitiva y mental, aumentando el sentimiento de incertidumbre y preocupación ante una posible caída durante las AVD. Entre ellas se encuentran las enfermedades osteoarticulares, la hipertensión arterial y la diabetes (29, 58). Estas mismas patologías requieren el

consumo de fármacos como tratamiento, provocando habitualmente la polifarmacia, la cual se considera un factor de riesgo para un episodio de caída y por tanto también para el miedo por caer, ya que los cambios propios del envejecimiento disminuyen el metabolismo de los medicamentos, facilitando la aparición de efectos adversos (35, 36).

2.2.2.2 DÉFICIT DEL AUTOCUIDADO

Es el eje central de la teoría de Dorothea Orem, en la que se establece que las personas frente a ciertas situaciones de salud ven limitadas la realización de sus actividades de autocuidado, pues requieren mayores capacidades para hacer frente a esta demanda (57). Debido al proceso de envejecimiento los adultos mayores pueden presentar pérdida de ciertas aptitudes y/o habilidades, y por ende mermar su capacidad como agente de autocuidado.

La literatura establece, que el miedo por caer puede considerarse tanto como un factor protector, cuando induce al adulto mayor a tomar precauciones y a evitar la exposición a riesgos o como factor que restringe y/o disminuye la autoconfianza en la capacidad para realizar tareas rutinarias (9).

2.2.2.3 SISTEMA ENFERMEROS

Orem describe y explica las relaciones que deben existir para que se produzca el cuidado enfermero, cuando los individuos son incapaces de mantener la continuidad de su autocuidado (60). Esta teoría se aprecia en un estudio realizado en Colombia, donde se planteó la implementación de un plan de ejercicios, en conjunto a educación, respecto a la prevención de caídas, lesiones relacionadas y cómo actuar frente a ellas; lo que reduciría la ansiedad y también disminuiría el miedo por caer (63). Estas intervenciones promueven la mejora del equilibrio, flexibilidad y velocidad en la marcha, aumentando la confianza en la realización de las actividades (63).

2.2.3 DEFINICIONES DE MIEDO POR CAER

El concepto de miedo por caer fue estudiado por primera vez en la década de los 80 cuando se observó que algunas personas, principalmente mujeres, experimentaron un

profundo miedo al intentar colocarse de pie o deambular luego de haber sufrido una caída. A esta situación le acuñaron el término de agorafobia, la cual se definió como un trastorno de ansiedad frente a situaciones difíciles que ocurren en lugares públicos y resultan en hechos vergonzosos para la persona (20, 64). No fue sino hasta 1982 cuando a este fenómeno se le reconoció como un trastorno psicológico diferente a la agorafobia, pues este miedo excesivo (fobia) solo aparecía al ponerse de pie o iniciar la marcha, ante ello de forma simultánea, se le denominó desde dos términos; el primero Ptofobia (pto: caída/phobia: miedo excesivo) (20) y el segundo Síndrome Post-Caída (64).

En 1985 The Kellogg International Work Group on the Prevention of Falls of Elderly, identificó al miedo a caer como un problema de salud y reconoció su importancia; ya que incluso aunque no se diera lugar a lesiones físicas, este hecho podría generar graves consecuencias sociales y psicológicas para los adultos mayores. Entre estas se encuentran la ansiedad, la pérdida de confianza, la restricción de las actividades de la vida diaria y el aislamiento social (21). Posteriores investigaciones establecieron que el miedo por caer puede estar ligado a un evento de caída o ser independiente a la misma (65). Frente a esta situación, múltiples autores se propusieron definir este fenómeno con el fin de establecer una forma de medición.

Una de las denominaciones más usadas ha sido la propuesta por Tinetti et al., en la cual se define el miedo por caer como “la pérdida de confianza en sí mismo para evitar las caídas durante la realización de actividades esenciales y relativamente no peligrosas, que llevan al individuo a evitar las actividades que él es capaz de hacer” (3,6), esta fue modelada a partir de la teoría de la autoeficacia de Bandura, donde señala que “la autoeficacia es la capacidad percibida por la persona para realizar con dominio ciertas actividades”, en este caso aquellas que implican un riesgo para una posible caída (66). De forma similar Cumming et al. denominó al miedo por caer como “una escasa o deficiente auto-eficacia para evitar las caídas, lo cual conduciría a un deterioro de la calidad de vida, una disminución en la capacidad para realizar actividades de la vida diaria y a una pérdida en la funcionalidad e independencia” (67).

Para Buchner et al. el miedo por caer es “una preocupación ante la posibilidad de sufrir una caída, que conduce a la persona a evitar las actividades que es capaz de realizar, aun si es físicamente apta para ello” (4).

Desde una perspectiva más bien psicológica, Howland define a este fenómeno como “un miedo anormal que se caracteriza por una reducción en las actividades, siendo este ligado al contacto social, la experiencia y a la relación familiar que tenga la persona frente a una situación de caída” (68). Yardley refiere este concepto como “un tipo de ansiedad específica experimentada por una persona ante un factor particular”, en este caso una caída (69). Esta ansiedad explicaría la respuesta motora de “inmovilidad” o “tensión” frente a ciertas situaciones y el comportamiento de inhibición en la realización de AVD (69). Arfken también plantea al miedo por caer como “un trauma psicológico, el cual puede generar que la persona se mantenga en el interior de su hogar y de esta manera presentar una auto-restricción de actividades produciendo consecuencias tales como un debilitamiento físico” (70).

Por su parte Powell y Myers plantean la definición del miedo por caer como “una pérdida de confianza en el equilibrio durante la realización de actividades, que puede generar una restricción de las mismas y por ende un aumento de la dependencia autoimpuesta” (71).

El miedo por caer es un concepto cuya interpretación ha sido dirigida a tres ámbitos principalmente, aquel referido a miedo como tal (68-70); el relacionado a una pérdida de confianza en el equilibrio y la marcha (66-68) y a la preocupación ante un posible evento de caída (6). Sin embargo, estos en su mayoría establecen como una consecuencia de este fenómeno la restricción o disminución en las AVD (4, 67, 70, 71).

2.2.4 VARIABLES

Tabla N°1: Variable miedo por caer.

Variable	Miedo por caer
Definición conceptual	La conceptualización del “ <i>MIEDO POR CAER</i> ” se considerará como la preocupación del adulto mayor por caer ante el desempeño de actividades de la vida diaria (básicas e instrumentales) (4).
Definición operacional	<p>Esta variable se medirá a través del instrumento “Short Falls Efficacy Scale Internacional” (Short FES-I), validado en Chile por la Pontificia Universidad Católica (2012), y presentado en la primera versión del Concurso de Investigación Adulto Mayor y Envejecimiento (AME), Universidad Católica en asociación con el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA).</p> <p>Posee un Alfa de Cronbach de 0,87, mostró buena confiabilidad y validez en población adulta mayor chilena (2).</p> <p>Su objetivo es medir el nivel de preocupación por caer demostrado por un adulto mayor en la realización de actividades básicas de la vida diaria, tanto en el entorno intra como extra domiciliario. Consta de 7 preguntas en escala Likert de 4 puntos con resultados de alta (14-28 puntos), moderada (9-13 puntos) y baja (7-8 puntos) preocupación por caer. Para una mejor interpretación de los datos se consideró miedo por caer un puntaje >8 puntos, es decir, la presencia de moderada y alta preocupación.</p>

Tabla N°2: Variable características demográficas - sociales - antecedentes de salud - de la vivienda y el entorno.

Variable	Características demográficas - sociales - antecedentes de salud - de la vivienda y el entorno.
Definición conceptual	<p>Son las características, demográficas, sociales, antecedentes de salud, de la vivienda y el entorno de los adultos mayores que participan socialmente en organizaciones comunitarias.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Características demográficas: datos estadísticos sobre la población, el tamaño, composición y distribución espacial. - Características sociales: atributos y experiencias que influyen en la personalidad y actitudes de un individuo, que se derivan de los valores y/o comportamientos de los grupos sociales. - Antecedentes de salud: información previa y eventos recientes de salud, tratamientos y estilos de vida saludables de una persona. - Factores predisponentes para generar una caída en la vivienda y el entorno: conjunto de las condiciones o influencias externas que afectan a la vida y el desarrollo de la persona.
Definición operacional	<p>Se evaluará a través de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Características demográficas: <ul style="list-style-type: none"> • Cuestionario autoconfeccionado por equipo investigador. - Características sociales: <ul style="list-style-type: none"> • Cuestionario autoconfeccionado por equipo investigador. - Antecedentes de salud: <ul style="list-style-type: none"> • Cuestionario autoconfeccionado por equipo investigador. • <i>Lawton and Brody</i>: instrumento que evalúa el grado de dependencia en las AIVD. La escala valora 8 ítems, capacidad para utilizar el teléfono, hacer compras, preparación de la comida, cuidado de la casa, lavado de la ropa, uso de medios

	<p>de transporte, responsabilidad respecto a la medicación y administración de su economía. También incorpora una discriminación por género siendo autónomo en hombre con puntaje 5 y mujer con puntaje 8.</p> <p>- Factores predisponentes para generar una caída en la vivienda y el entorno:</p> <ul style="list-style-type: none">• Cuestionario autoconfeccionado por equipo investigador.
--	---

2.2.5 DISTRIBUCIÓN DE VARIABLES

Tabla N°3: Distribución de variables

Variables	Definición conceptual	Dimensiones	Sub dimensiones	Categorías	Indicadores
Características demográficas - sociales - antecedentes de salud - de la vivienda y el entorno.	Son las características demográficas, sociales, de la vivienda y del entorno y antecedentes de salud de los adultos mayores que participan socialmente.	Demográfica: datos estadísticos sobre la población el tamaño, composición y distribución espacial.	Rango de edad: tiempo que ha vivido una persona distribuido en quinquenios.		60-64 años 65-69 años 70-74 años 75-79 años 80 o + años
			Género: clasificación subjetiva a la que se adscribe una persona y que se define según un conjunto de características en común.		Masculino Femenino
			Estado civil: condición de una persona en relación		Soltero Casado Viudo

			con su filiación o matrimonio ante el estado.		Unión Consensual Separado Divorciado Conviviente
		Social: atributos y experiencias que influyen en la personalidad, actitudes y estilo de vida de un individuo, que se derivan de los valores y/o comportamientos de los grupos sociales.	Escolaridad: años aprobados dentro del sistema educacional vigente.		Básica Incompleta Basica Completa Media Incompleta Media Completa Superior
			Ocupación: estatus de la persona con respecto a actividad económica.		Activo Cesante Jubilado, sin ocupación Jubilado, con ocupación
		Antecedentes de salud: información previa y eventos recientes de salud,	Patologías: desviación de la salud diagnosticada por un profesional médico calificado.		Enfermedades osteo-articulares Diabetes mellitus Hipertensión Accidente Vascular

		tratamientos y estilos de vida saludables de una persona.			Encefálico (AVE) Parkinson Ninguna de las anteriores Otras
			Caídas: consecuencia de cualquier acontecimiento que precipite al paciente al suelo en contra de su voluntad.	Eventos	Si No
				Nº de caídas en los últimos 6 meses	1 2 3 Más
			Autonomía Física: grado de dependencia según la realización de actividades instrumentales de la vida diaria <i>"Lawton and Brody"</i>		Hombre Dependencia 0 Total 1 Grave 2-3 Moderado 4 Leve 5 Autónomo
					Mujer Dependencia

					0-1 Total 2-3 Grave 4-5 Moderada 6-7 Leve 8 Autónoma
			Mareos: síntoma caracterizado por la pérdida temporal de la propiocepción y equilibrio físico, asociado a efectos farmacológicos y múltiples patologías.		Si No
			Polifarmacia: consumo de 3 o más fármacos concomitantes.		Si No
			Actividad física: ejercicio de mediana a alta intensidad realizado de forma intencional.		Si No

		Factores predisponentes en la vivienda y el entorno para generar una caída: conjunto de las condiciones o influencias externas que afectan a la vida y el desarrollo de la persona.	Factores predisponentes para generar una caída al interior de la vivienda.	Posee	Escaleras Pisos resbaladizos Pisos irregulares Alfombras Otros
				No posee	Ninguno de los anteriores
			Factores predisponentes para generar una caída al exterior de la vivienda.	Posee	Escaleras Falta de alumbrado público Pavimentos en mal estado Otros
				No posee	Ninguno de los anteriores
Miedo por caer.	Preocupación de caer ante desempeño AVD.				14-28 Alta 9-13 Moderada 7-8 Baja

CAPÍTULO 3

MATERIAL Y MÉTODOS

3.1 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Se planteó un estudio de abordaje cuantitativo, de tipo no experimental, transversal, con un nivel de análisis descriptivo.

3.2 POBLACIÓN EN ESTUDIO

La población estuvo constituida por 362 adultos mayores inscritos en los 24 talleres de la Oficina Comunal del Adulto Mayor (OCAM) de la ciudad de Valparaíso, en el segundo semestre del año 2017.

3.3 SELECCION DE LA MUESTRA

3.3.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Los criterios de inclusión y exclusión aplicados en la investigación fueron los siguientes:

3.3.1.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

1. Mayores de 60 años.
2. Inscritos en los talleres de la Organización comunal de Adulto Mayor (OCAM) en el segundo semestre del año 2017.

3.3.1.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

1. Usuarios de órtesis (bastón, andador o silla de ruedas).
2. Mini-Mental menor o igual a 13 puntos.
3. Adultos mayores que participarán exclusivamente en los talleres: rutas patrimoniales y caminatas saludables.

El tercer criterio de exclusión referente a los talleres de “rutas patrimoniales” y “caminatas saludables”, se definió debido a la dificultad de captación de sus participantes.

3.3.2 MUESTRA

Se realizó un muestreo no probabilístico por sujetos voluntarios, para ello se recolectó información desde el 2 al 31 de octubre, esto debido al cierre programado de los talleres del segundo semestre. Los sujetos de estudio fueron invitados a participar al inicio y al término de cada taller. De los 362 adultos mayores inscritos en los 24 talleres considerados, un total de 186 accedieron a participar de la investigación, siendo las unidades de análisis reducidas finalmente a 169 al aplicar los criterios de inclusión y exclusión.

3.4 DESCRIPCIÓN DE LOS INSTRUMENTOS

Para esta investigación se utilizaron los siguientes instrumentos:

1. *Cuestionario de características demográficas, sociales, de salud, de la vivienda y el entorno*: consiste en dieciséis preguntas de selección múltiple, clasificadas en cuatro ítems: características demográficas, sociales, antecedentes de salud, de la vivienda y el entorno. El instrumento fue asesorado por docentes de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Valparaíso, con el fin de evaluar la claridad de las preguntas y su coherencia con las variables planteadas en el estudio, siendo modificadas de acuerdo a sus observaciones.

2. *Mini-Mental State de Folstein (MMSE)*: esta escala permite evaluar las habilidades cognitivas del adulto mayor. Está compuesto por seis ítems, siendo el puntaje total de la aplicación de 19 puntos, encontrándose su resultado alterado si se obtiene un puntaje igual o menor a los 13 puntos. Corresponde a un instrumento de uso internacional, siendo utilizado en Chile para medir funcionalidad en el examen de medicina preventiva del adulto mayor. Posee un Alfa de Cronbach de 0,61 y fue validado en nuestro país en

el año 1992, donde se obtuvo que el MMSE poseía una excelente sensibilidad de 93,6% y una adecuada especificidad de 46,1% (72, 73).

3. *Lawton and Brody*: evalúa el grado de dependencia en la realización de AIVD. Corresponde a una escala de ocho ítems donde el puntaje final es la suma del valor de todas las respuestas. El puntaje global oscila entre 0 (dependencia total) y 8 (autónomo), presentando además una diferenciación por género siendo el puntaje autónomo en el hombre de 5 y en la mujer 8. Al igual que el MMSE, es un instrumento de uso internacional, cuya validación en español obtuvo un resultado de 0,96 de Alfa de Cronbach (74). Fue utilizado en la encuesta SABE y en un estudio multicéntrico realizado el año 2000 en América Latina donde participó Chile (75). Posteriormente ha sido considerado en otras evaluaciones por el Ministerio de Salud. Además, el Servicio nacional del adulto mayor (SENAMA) lo incorporó en el “Estudio Nacional de Dependencia en las Personas Mayores 2009” (76).

4. *Short Falls Efficacy Scale-International (Short FES-I)*: mide el nivel de preocupación por caer demostrado por un adulto mayor en la realización de ABVD, tanto en el entorno intra como extra domiciliario. Consta de siete preguntas en escala Likert de 4 puntos con resultados de alta (14-28 puntos), moderada (9-13 puntos) y baja (7-8 puntos) preocupación por caer (2). Fue creado por G. I. J. M. Kempen, et al (77) y luego validado en Chile en el año 2012 obteniendo un 0,87 en Alfa de Cronbach (2).

Para una mejor interpretación de los datos se consideró miedo por caer un puntaje >8 puntos, es decir, la presencia de moderada y alta preocupación. Esto fundamentado en la presencia de otros estudios con la misma caracterización (7, 23) y a la premisa de que el miedo por caer puede presentar un papel protector o de riesgo. El primero se manifiesta cuando la persona mayor toma ciertas precauciones para no exponerse al peligro, y el segundo cuando se siente incapaz de hacer frente a una situación de caída, generando un fenómeno de restricción o disminución en las AVD (4, 67, 70, 71).

3.5 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Posterior a la obtención del certificado del Comité de Ética de la Facultad de Medicina se gestionó el permiso con la encargada de la OCAM de la ciudad de Valparaíso, Srta. Carolina Carvajal, con quien se mantuvo una comunicación directa por medio de correo electrónico y visitas programadas.

En cada uno de los talleres se invitó a los adultos mayores a participar de la investigación, dando a conocer la importancia del tema planteado, la duración de la entrevista y los instrumentos a aplicar. Se aclaró que la participación en el estudio era completamente voluntaria y anónima; en el caso de pesquisar una alteración en alguna de las escalas aplicadas, se llevarían a cabo las acciones explícitas en el flujograma “Resultados alterados”.

Los instrumentos fueron aplicados durante un periodo de cinco semanas en que los investigadores asistieron diariamente a las dependencias de la OCAM. Los sujetos de investigación fueron captados al inicio y término de cada taller, para evitar interrumpir el desarrollo de los cursos.

Una vez captado el participante, se le invitó a pasar a un lugar previamente dispuesto, con el propósito de resguardar su privacidad. Posteriormente, se presentó el consentimiento informado para su lectura y firma. Los instrumentos se aplicaron en el siguiente orden: cuestionario de características demográficas, sociales, de salud, de la vivienda y el entorno; MMSE, Lawton and Brody y Short FES-I.

Los instrumentos fueron aplicados en dos modalidades, de forma escrita y digitalizada. El cuestionario, Lawton and Brody y Short FES-I fueron ingresados y digitalizados mediante la plataforma Google Forms, con el fin de facilitar la generación de una base de datos estadísticos.

3.6 PRUEBA PILOTO DEL INSTRUMENTO

La prueba piloto se realizó en un periodo de 2 semanas, donde se encuestó a 15 adultos mayores que se encontraban en la sala de espera de la Municipalidad de Valparaíso y que poseían características similares a nuestra población de estudio. Luego de la aplicación, se modificaron 2 preguntas del cuestionario; la primera referente a las características del entorno extradomiciliario donde la similitud entre las respuestas “pavimento en mal estado” y “superficie en desnivel” generaba confusión en los sujetos encuestados, por ello esta última aseveración se cambió por “falta de alumbrado público”; la segunda corrección se llevó a cabo en la pregunta “antecedentes mórbidos”, donde el término “mareos” se encontraba establecido como una patología y no como un síntoma; por ello, se reformuló en una pregunta independiente. Finalmente se confirmó que el tiempo de aplicación fue menor al estipulado en un principio, ya que el proceso no tomó más de 15 minutos.

3.7 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS

Los datos fueron organizados en una base de datos realizada en Microsoft Office Excel 2013. Se realizó un análisis de tipo descriptivo, por medio del cálculo de frecuencias absolutas y relativas, para las variables categóricas del estudio. Finalmente la información fue mostrada a través de tablas y gráficos de barra para una mejor observación de los datos.

3.8 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Para la realización de la investigación se solicitó la aprobación del Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso, cuya aprobación fue recibida el día 7 de septiembre del año 2017 por medio del Acta de Evaluación Bioética N° 28/2017.

A continuación se describirán las consideraciones éticas establecidas para este estudio, a partir de los principios postulados por Belmont; el que considera tres aspectos fundamentales: el respeto a la autonomía, beneficencia y justicia.

3.8.1. RESPETO POR LA AUTONOMÍA

La participación de los sujetos de investigación en este estudio fue voluntaria. A cada uno se le informó detalladamente previo a la aplicación de los instrumentos en qué consistía la investigación y se les entregó para su lectura y firma un consentimiento informado, donde se dejó en claro su derecho de excluirse en cualquier momento del estudio, sin que esto le generase repercusiones de ninguna índole.

La obtención de los datos se realizó de forma individual, en un lugar privado para mantener la confidencialidad de las respuestas entregadas, y se utilizaron códigos numéricos en lugar de nombres. Los datos recolectados en este estudio serán resguardados por el investigador principal en su oficina dentro de un mueble bajo llave en el Campus de Ciencias de la Salud de la Universidad de Valparaíso, ubicada en Angamos n°655 Reñaca, por un periodo de 5 años desde la fecha de término del estudio. Estos no serán utilizados con otro fin que no sean los de la presente investigación.

3.8.2. BENEFICENCIA

Durante la aplicación de los instrumentos se contó con un protocolo de contención y de apoyo emocional por parte de los investigadores, así como también un convenio con CAPSI-UV, en caso de la necesidad de la atención psicológica por parte de los participantes. Esto debido a que la población estudiada es considerada como vulnerable por la etapa de vida y por ende a pesar de que las preguntas realizadas, no apuntaban a datos sensibles, se requería de un plan de acción frente a la posibilidad de ocurrencia de un desborde emocional. Además, se gestionó por medio de campos clínicos UV, la coordinación con la corporación municipal para la entrega de un listado con los datos de los adultos mayores con instrumentos alterados que se hallaron durante la aplicación de instrumentos.

Este estudio se realizó con el propósito de beneficiar indirectamente a la comunidad de adultos mayores de la ciudad de Valparaíso, ya que conocer el nivel de preocupación por caer, en la población permitirá generar acciones de promoción y prevención de caídas.

3.8.3 JUSTICIA

Los criterios de exclusión se hicieron efectivos tras la aplicación de los instrumentos, para evitar sentimientos de discriminación por parte de los adultos mayores participantes.

CAPÍTULO 4

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

4.1 CARACTERIZACIÓN DEMOGRÁFICA, SOCIAL, DE SALUD, DE LA VIVIENDA Y EL ENTORNO DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO

A continuación, se presentan los resultados que dan respuesta al primer objetivo específico planteado en esta investigación, que corresponde a identificar las características demográficas, sociales, de salud, de la vivienda y el entorno de la población en estudio.

Tabla N°4: Distribución de adultos mayores pertenecientes a la OCAM participantes del estudio, según características demográficas.

Variables	Total n=169	
	f	%
Rango de edad		
60-65	32	18,93%
65-70	42	24,85%
70-75	47	27,81%
75-80	25	14,79%
80-85	21	12,43%
85-90	1	0,59%
90-95	1	0,59%
Género		
Femenino	151	89,35%
Masculino	18	10,65%
Estado Civil		
Soltero/a	32	18,93%
Casado/a	72	42,60%
Viudo/a	44	26,04%
Unión Consensual	0	0,00%
Separado/a	13	7,69%
Divorciado/a	8	4,73%
Conviviente	0	0,00%

En la tabla N°4 se observa que el 27,81% (n=47) de los adultos mayores se encontró entre los 70-75 años. Destaca que el 52,66% (n=89) de la muestra se concentra entre los 65-75 años de edad. La distribución por género se inclina a favor de las mujeres con un 89,35% (n=151). En lo que respecta al estado civil sobresale que el 42,60% (n=72) de la muestra declaró estar casado/a.

Tabla N°5: Distribución de adultos mayores pertenecientes a la OCAM participantes del estudio, según características sociales.

Variables	Total n=169	
	f	%
Ocupación		
Activo	14	8,28%
Cesante	5	2,96%
Jubilado, sin ocupación	127	75,15%
Jubilado, con ocupación	23	13,61%
Escolaridad		
Sin escolaridad	0	0,00%
Básica incompleta	17	10,06%
Básica completa	26	15,38%
Media incompleta	23	13,61%
Media completa	56	33,14%
Superior	47	27,81%

En la tabla N°5 se observa que el 75,15% (n=127) de los participantes se encontraba jubilado, sin ocupación y un 13,61% (n=23) jubilado, con ocupación. En lo referente a la escolaridad el 33,14% (n=56) de los adultos mayores contaban con educación media completa. Llama la atención, que la mayor parte de la muestra poseía un nivel de escolaridad superior o igual a 12 años con un 60,95% (n=103).

Tabla N°6: Distribución de adultos mayores pertenecientes a la OCAM participantes del estudio, según antecedentes de salud.

Variables	Total n=169	
	f	%
Antecedentes mórbidos		
Sin antecedentes	18	10,65%
Con antecedentes	151	89,34%
Patologías		
HTA	98	57,99%
Enfermedades osteoarticulares	86	50,88%
Diabetes mellitus	37	21,89%
Parkinson	0	0,00%
ACV	4	2,37%
Otras	54	31,95%
Historial de caídas		
Con historial	48	28,40%
Sin historial	121	71,60%
N° de caídas en los últimos 6 meses		
1	33	68,75%
2	10	20,83%
3	2	4,17%
Más	3	6,25%
Grado de dependencia según AIVD		
Autónomo	159	94,08%
Leve dependencia	8	4,73%
Moderada dependencia	2	1,18%
Grave dependencia	0	0,00%
Total	0	0,00%
Presencia de mareos		
Si	46	27,22%
No	123	72,78%
Polifarmacia		
Si	82	48,52%
No	87	51,48%
Actividad Física		

Realiza	123	72,78%
No realiza	46	27,22%

En la tabla N°6 se evidencia que las enfermedades más prevalentes entre los participantes del estudio son la hipertensión arterial con un 57,99% (n=98) y las enfermedades osteoarticulares con un 50,88% (n=83). En lo referente al historial de caídas el 71,60% (n=121) no manifestó algún evento en los últimos 6 meses; de los que sí cayeron, un 68,75% (n=33) señaló sólo un episodio.

En relación al grado de dependencia según las AIVD, el 94,08% (n=159) es autónomo. En cuanto a los mareos, un 72,78% (n=123) no los refirió. Así mismo, la polifarmacia no se presentó en el 51,48% (n=87) de la muestra. Finalmente, un 72,78% (n=123) de los entrevistados declaró realizar actividad física.

Tabla N°7: Distribución de adultos mayores pertenecientes a la OCAM participantes del estudio, según factores predisponentes para generar una caída en la vivienda y el entorno.

Variables	Total n=169	
	f	%
Ubicación de la vivienda		
Plan (centro de la ciudad)	28	16,57%
Cerro	128	81,66%
Quebrada	3	1,78%
Factores predisponentes para generar una caída en el interior de la vivienda		
Posee	156	92,30%
No posee	13	7,69%
Características interior de la vivienda		
Escaleras	106	62,72%
Piso resbaladizo	94	55,62%
Piso irregular	33	19,53%

Alfombras	84	49,70%
Otras	18	10,65%
Factores predisponentes para generar una caída al exterior de la vivienda		
Posee	147	86,98%
No posee	22	13,01%
Características al exterior de la vivienda		
Escaleras	49	28,99%
Falta de alumbrado público	30	17,75%
Pavimento en mal estado	72	42,60%
Otros	32	18,93%

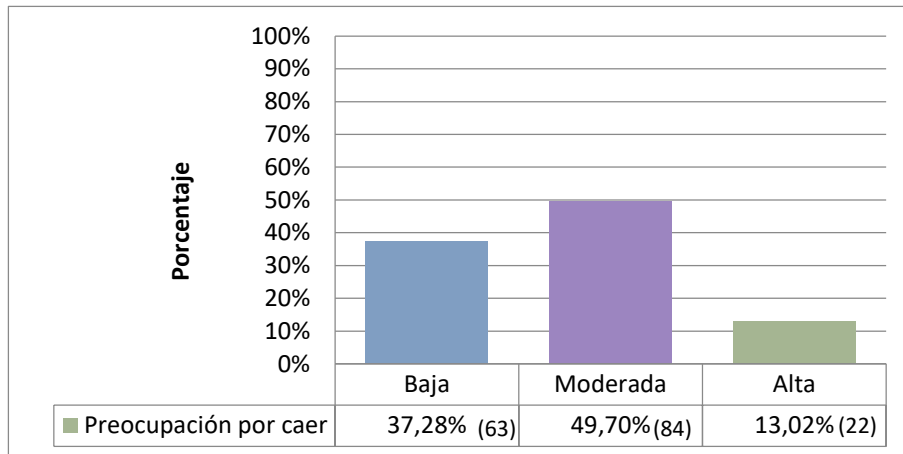
En la tabla N°7 se destacó que el 81,66% (n=138) de los participantes tenían sus domicilios en el cerro. Además el 92,30% (n=156) poseían algún factor de riesgo al interior de su vivienda para generar una caída, de ellos el 62,72% (n=106) tenían escaleras y el 55,62% (n=94) piso resbaladizo. Un 10,65% manifestó otras características tales como espacios estrechos al interior del hogar, peldaños entre habitaciones y tina de baño.

A su vez, el 86,98% señaló algún factor de riesgo al exterior de su vivienda, se observa que el 42,60% (n=72) de la muestra presentó pavimento en mal estado y el 28,99% (n=49) escaleras. Sólo un 18,93% (n=32) correspondió a otra característica diferente a las mencionadas en el instrumento tales como caminos de tierra, escombros y piedras en el camino, laderas inclinadas, rampas hacia la calle, basurales, perros callejeros y maleza.

4.2 NIVEL DE PREOCUPACIÓN POR CAER

A continuación se presentan los resultados que dan respuesta al segundo objetivo específico planteado en esta investigación, que corresponde a identificar el nivel de preocupación por caer en los participantes del estudio.

Gráfico N°1: Nivel de preocupación por caer en adultos mayores pertenecientes a la OCAM participantes del estudio.

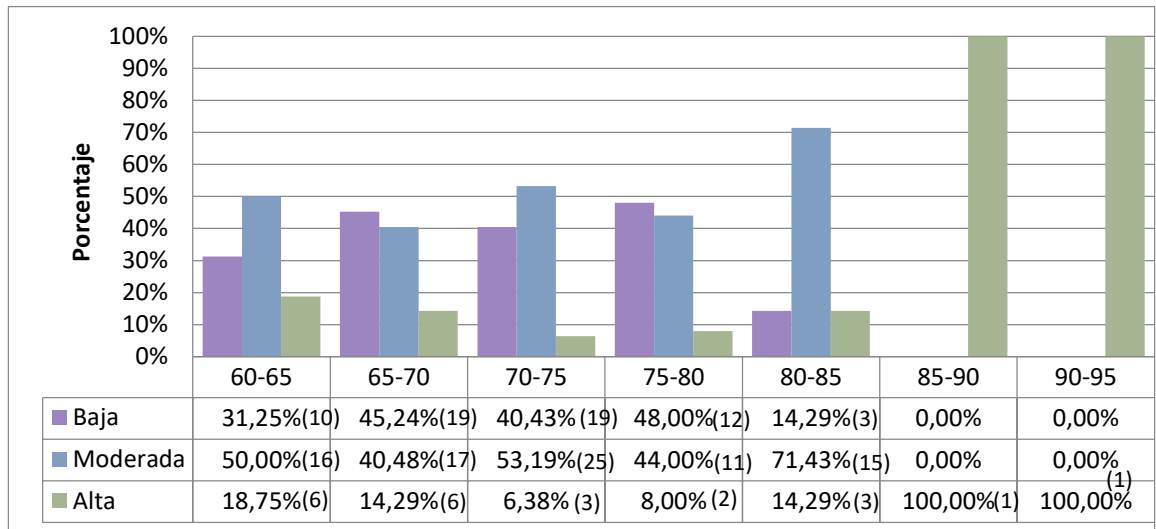


Del gráfico N°1 se observa que el 49,70% (n=84) refirió una moderada preocupación por caer, así mismo se destaca que un 13,02% (n=22) señaló una alta preocupación.

4.3 NIVEL DE PREOCUPACIÓN POR CAER SEGÚN CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS.

A continuación se presentan los resultados que dan respuesta al tercer objetivo específico planteado en esta investigación, que corresponde a determinar el nivel preocupación por caer según características demográficas de la población en estudio.

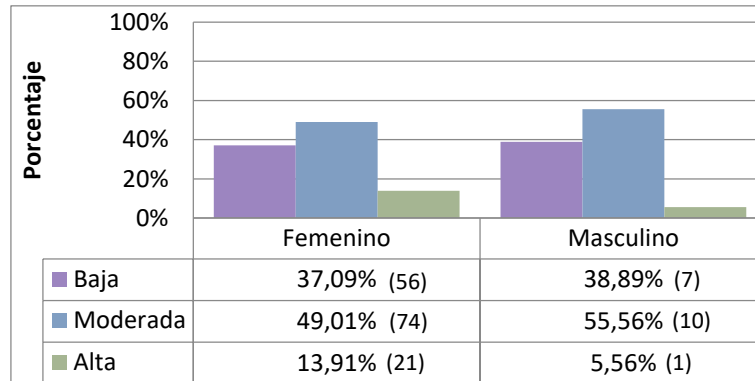
Gráfico N°2: Nivel de preocupación por caer en adultos mayores pertenecientes a la OCAM participantes del estudio, según rango de edad.



En el Gráfico N°2 se observa que según el rango de edad, la distribución de la preocupación por caer en los adultos mayores fue: entre los 65-70 y 75-80 años predominó la baja preocupación por caer con un 45,24% (n=19) y un 48,00% (n=12) respectivamente. Mientras que en los quinquenios 60-65, 70-75 y 80-85 se presentó una moderada preocupación por caer con un 50,00% (n=16), 53,19% (n=25) y 71,43% (n=15) correspondientemente. Finalmente en los rangos 85-90 años y 90-95 años preponderó la alta preocupación por caer con un 100% (n=1) en cada uno de ellos.

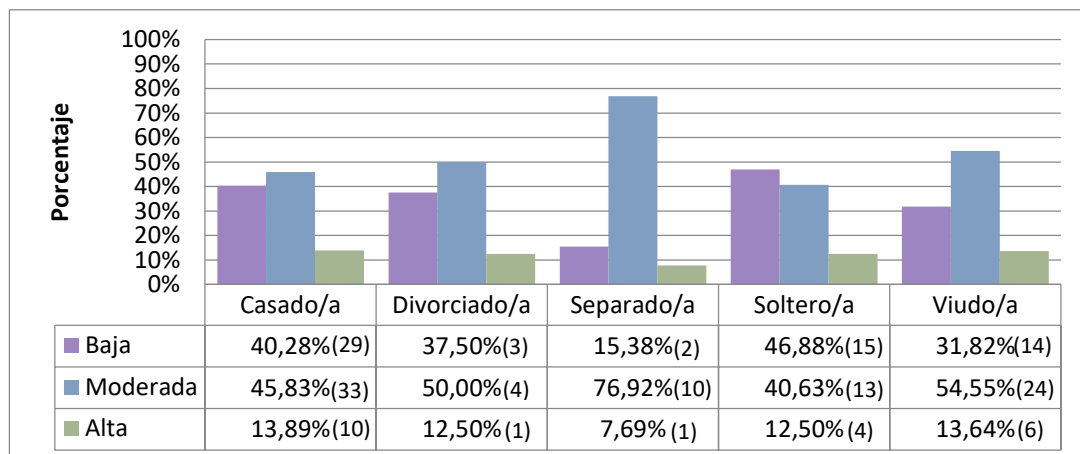
Se destaca una tendencia al incremento de la preocupación por caer desde el quinquenio 75-80 años.

Gráfico N°3: Nivel de preocupación por caer en adultos mayores pertenecientes a la OCAM participantes del estudio, según género.



En el Gráfico N°3 se observa que en ambos géneros la distribución de la preocupación por caer se encontró predominantemente en un nivel moderado, con un 49,01% (n=74) en mujeres y un 55,56% (n=10) en hombres. Se destaca que el género femenino presentó un mayor porcentaje de alta preocupación con un 13,91% (n=24) comparado al masculino con un 5,56% (n=1).

Gráfico N°4: Nivel de preocupación por caer en adultos mayores pertenecientes a la OCAM participantes del estudio, según estado civil.



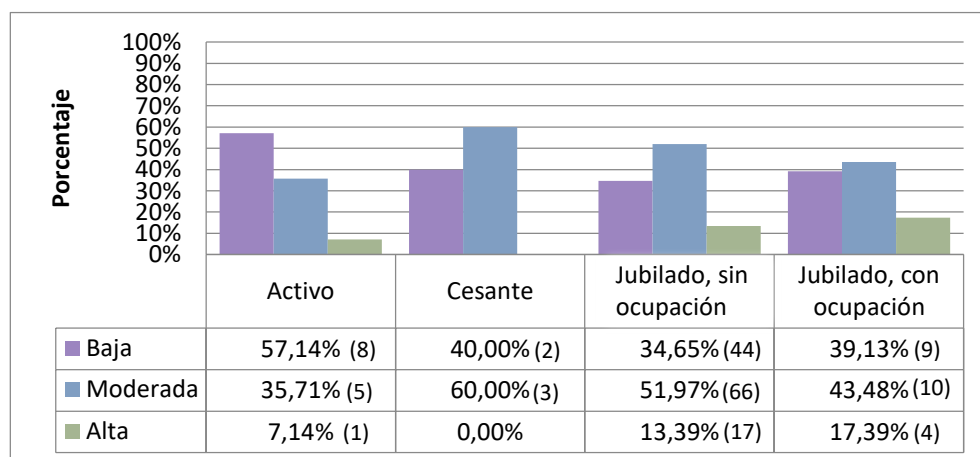
En el gráfico N°4 se muestra que según el estado civil, la distribución de la preocupación por caer fue: en el estado civil casado/a, divorciado/a, separado/a, viudo/a predominó la moderada preocupación con un 45,83% (n=33), 50,00% (n=4), 54,55% (n=24) y 76,92% (n=10) respectivamente. Por otro lado, en el estado civil soltero/a predominó la baja preocupación con un 46,88% (n=15).

Resalta que, quienes se encontraban separados poseían un nivel de preocupación moderado más elevado que en los otros estados civiles. Además, el mayor porcentaje de baja preocupación por caer se encontró en los adultos mayores solteros.

4.4. NIVEL DE PREOCUPACIÓN POR CAER SEGÚN CARACTERÍSTICAS SOCIALES.

A continuación se presentan los resultados que dan respuesta al cuarto objetivo específico planteado en esta investigación, que corresponde a determinar el nivel preocupación por caer según características sociales de la población en estudio.

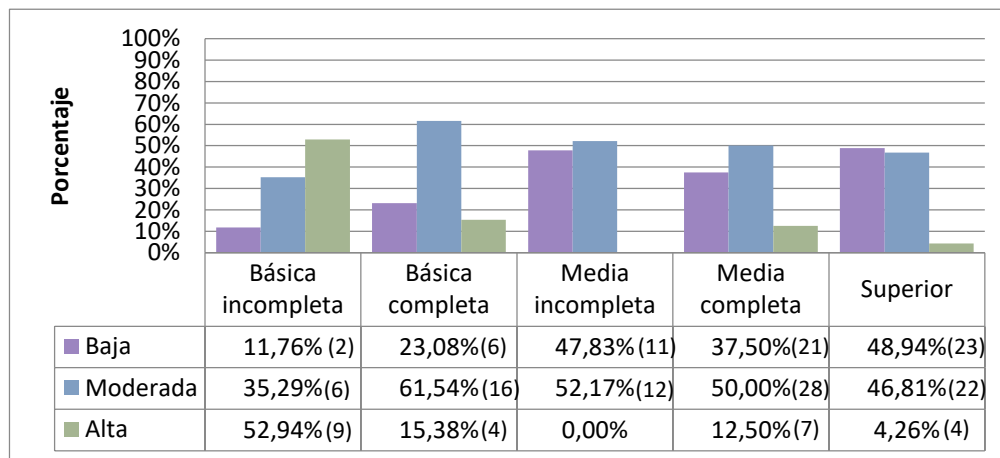
Gráfico N°5: Nivel de preocupación por caer en adultos mayores pertenecientes a la OCAM participantes del estudio, según ocupación.



En el gráfico N°5 según la ocupación, la distribución de la preocupación por caer fue: en el estado ocupacional “activo” predominó la baja preocupación con un 57,14% (n=8). A su vez, quienes se encontraban cesantes, jubilados, sin ocupación y jubilados, con ocupación presentaron principalmente una moderada preocupación con un 60,00% (n=3), 51,97% (n=66) y 43,48% (n=10) respectivamente.

Sobresale que, los participantes que se encontraban “jubilados, con ocupación” fueron quienes refirieron un mayor nivel de alta preocupación por caer 17,39% (n=4).

Gráfico N°6: Nivel de preocupación por caer en adultos mayores pertenecientes a la OCAM participantes del estudio, según la escolaridad.



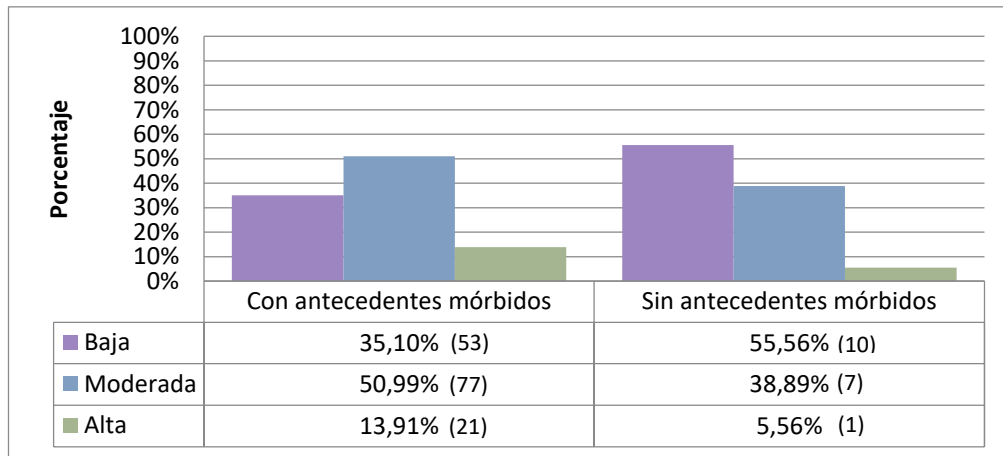
En el gráfico N°6 se aprecia que según la escolaridad, la distribución de la preocupación por caer fue mayoritariamente baja en los adultos mayores con un nivel de escolaridad superior 48,94% (n=23). Por otra parte, en aquellos que señalaron haber cursado enseñanza básica completa, media incompleta y media completa hubo una predominancia del nivel moderado de preocupación con un 61,54% (n=16), 52,17% (n=12) y 50,00% (n=28) respectivamente. Finalmente en el grado de escolaridad básica incompleta sobresalió la alta preocupación con un 52,94% (n=9).

Se distingue que, la distribución de la alta preocupación presentó una tendencia a la disminución conforme aumentaba el nivel educacional.

4.5 NIVEL DE PREOCUPACIÓN POR CAER SEGÚN CARACTERÍSTICAS DE SALUD.

A continuación se presentan los resultados que dan respuesta al quinto objetivo específico planteado en esta investigación, que corresponde a determinar el nivel preocupación por caer según características de salud de la población en estudio.

Gráfico N°7: Nivel de preocupación por caer en adultos mayores pertenecientes a la OCAM participantes del estudio, según antecedentes mórbidos.



El gráfico N°7 indica que dentro de los adultos mayores que no refirieron antecedentes mórbidos, predominó una baja preocupación por caer con un 55,56% (n=10). Por otro lado, aquellos que sí los señalaron manifestaron un mayor porcentaje de nivel moderado y alto de preocupación, con un 50,99% (n=77) y 13,91% (n=21) respectivamente.

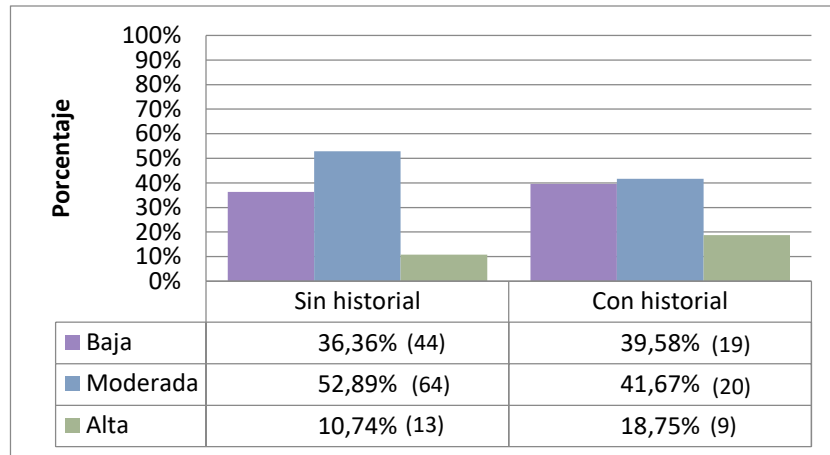
Tabla N°8: Distribución de la preocupación por caer según patologías.

Patologías	Nivel preocupación por caer						Total n=169
	Baja preocupación		Moderada preocupación		Alta preocupación		
	f	%	f	%	f	%	
HTA							
Si	32	32,65%	49	50,00%	17	17,35%	n=98
No	31	43,66%	35	49,30%	5	7,04%	n=71
Enfermedades osteoarticulares							
Si	27	31,40%	47	54,65%	12	13,95%	n=86
No	36	43,37%	37	44,58%	10	12,05%	n=83
Diabetes mellitus							
Si	13	35,14%	20	54,05%	4	10,81%	n=37
No	50	37,88%	64	48,48%	18	13,64%	n=132
Parkinson							
Si	0	0%	0	0%	0	0%	n= 0
No	0	0%	0	0%	0	0%	n=0
ACV							
Si	1	25%	3	75%	0	0%	n=4
No	62	37,57%	81	50%	22	17,34%	n=165
Otros							
Si	21	38,88%	25	46,29%	8	14,81%	n=54
No	42	36,52%	59	51,30%	14	12,17%	n=115

En la tabla N°8 se observa que según las patologías, la distribución de la preocupación fue predominantemente moderada; tanto en los adultos mayores que señalaron alguna de estas enfermedades como en los que no.

Destaca que las personas portadoras de HTA 17,35% (n=17) presentaron un mayor porcentaje de alta preocupación en comparación con el resto de las patologías.

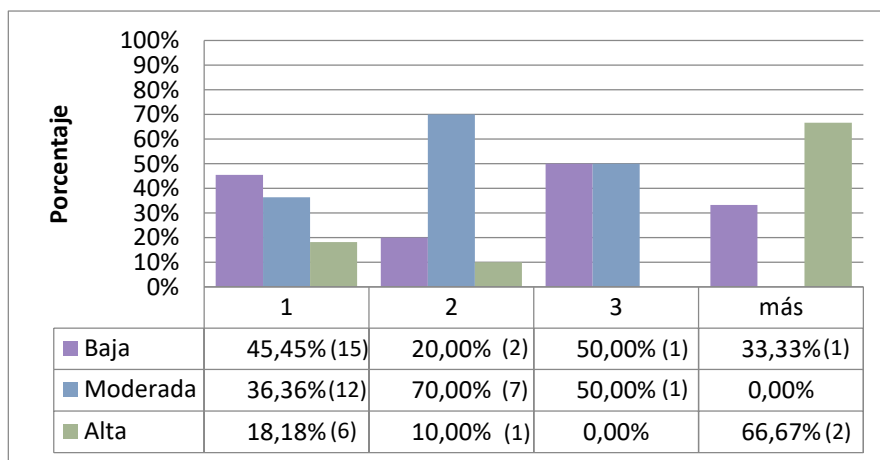
Gráfico N°8: Nivel de preocupación por caer en adultos mayores pertenecientes a la OCAM participantes del estudio, según historial de caídas en los últimos 6 meses.



En el gráfico N°8, es posible apreciar que tanto aquellos que presentaron historial de caídas como los que no, obtuvieron predominantemente un moderado nivel de preocupación con 41,67% (n=20) y 52,89% (n=64) respectivamente.

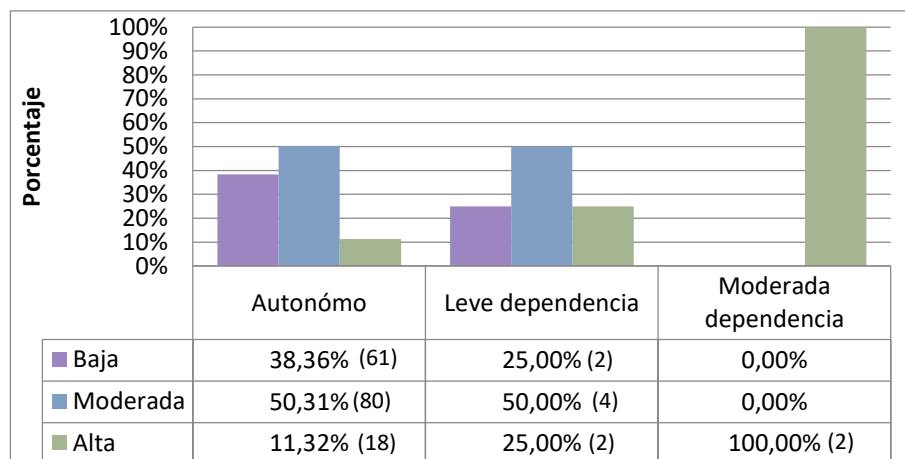
Resalta que quienes poseían historial de caída, manifestaron un mayor porcentaje de alta preocupación por caer.

Gráfico N°9: Nivel de preocupación por caer en adultos mayores pertenecientes a la OCAM participantes del estudio, según n° de caídas referidas en los últimos 6 meses.



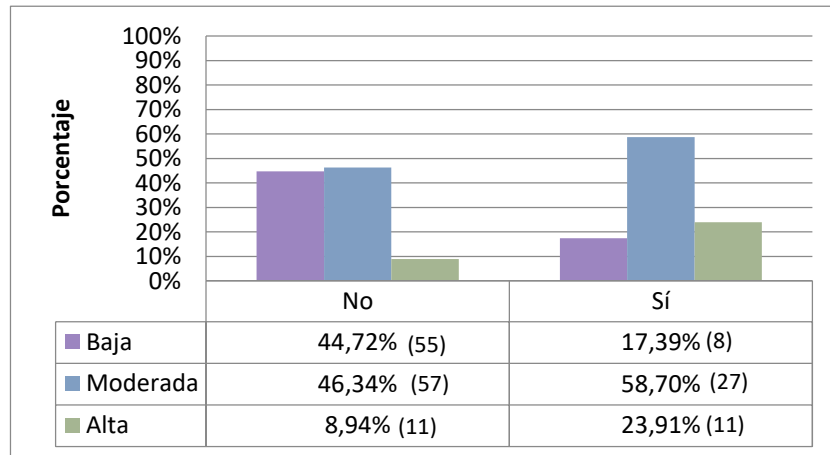
En el gráfico N°9 se observa que según el número de caídas, la distribución de la preocupación por caer en aquellas personas que habían caído una vez fue mayoritariamente baja con un 45,45% (n=15); por otro lado, en los que habían caído dos veces predominó la moderada preocupación con un 70,00% (n=7); además se apreció una distribución equitativa entre baja y moderada preocupación en quienes cayeron 3 veces, con un 50,00% (n=1). Para finalizar, en las personas que manifestaron más de 3 caídas se destacó una alta preocupación con un 66,67% (n=2).

Gráfico N°10: Nivel de preocupación por caer en adultos mayores pertenecientes a la OCAM participantes del estudio, según grado de dependencia en actividades instrumentales de la vida diaria.



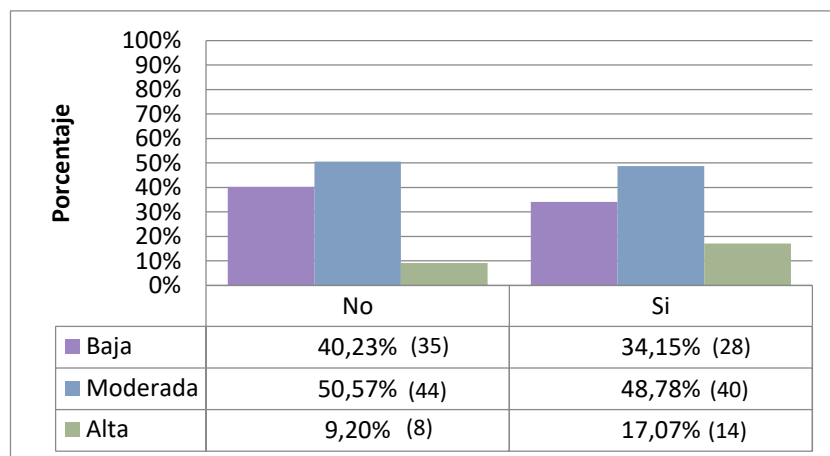
El gráfico N°10 muestra que, según el grado de dependencia en AIVD, la distribución de la preocupación por caer en aquellas personas autónomas y con dependencia leve es predominantemente moderada, representando el 50,31% (n=80) y 50,00% (n=4) respectivamente; sin embargo, en aquellos adultos mayores con dependencia moderada, el 100,00% (n=2) presentó un alto nivel de preocupación.

Gráfico N°11: Nivel de preocupación por caer en adultos mayores pertenecientes a la OCAM participantes del estudio, según presencia de mareos.



En el gráfico N°11 se aprecia que, según la presencia de mareos, la distribución de la preocupación por caer, tanto en las personas que los presentaron como las que no, fue mayoritariamente moderada con un 46,34% (n=57) y 58,70% (n=27) respectivamente. En aquellos que refirieron mareos, resalta un porcentaje mayor de alta preocupación, 23,91% (n=11).

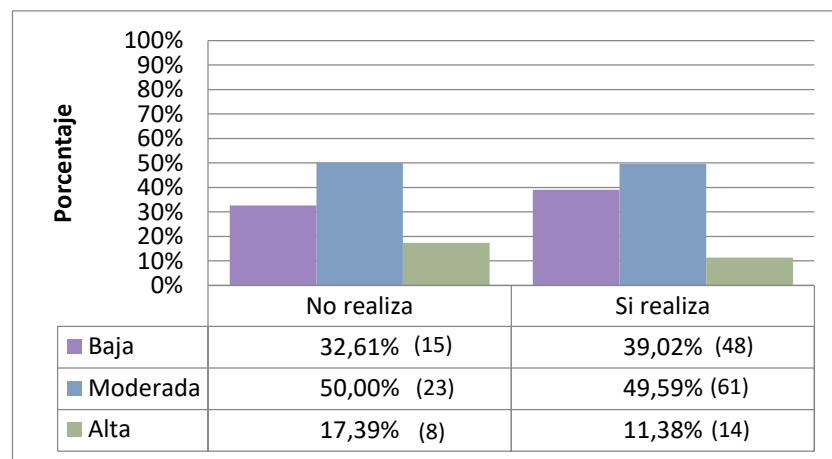
Gráfico N°12: Nivel de preocupación por caer en adultos mayores pertenecientes a la OCAM participantes del estudio, según polifarmacia.



El gráfico N°12 indica que según la presencia de polifarmacia, la distribución de preocupación por caer fue moderada, tanto en los adultos mayores que la presentaban como en los que no, con un 50,57% (n=44) y 48,78% (n=40).

Se destaca un mayor porcentaje de baja preocupación en aquellos que no presentaron polifarmacia. Sin embargo, los adultos mayores que señalaron consumir 3 o más fármacos tuvieron un 7,87% más de alta preocupación que aquellos que no.

Gráfico N°13: Nivel de preocupación por caer en adultos mayores pertenecientes a la OCAM participantes del estudio, según la realización de actividad física.



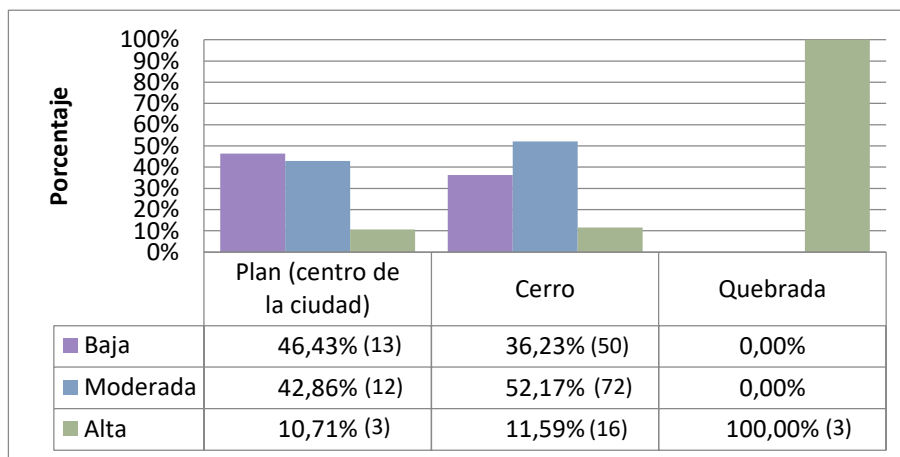
En el gráfico N°13 se observa que según la actividad física la distribución de la preocupación por caer es fundamentalmente moderada, tanto en aquellos que la realizan como en los que no, con un 50,00% (n=23) y 49,59% (n=61) respectivamente.

Se distingue que disminuyó la distribución de la alta preocupación en los adultos mayores que realizan actividad física.

4.6 NIVEL DE PREOCUPACIÓN POR CAER SEGÚN FACTORES PREDISPONENTES PARA GENERAR UNA CAÍDA

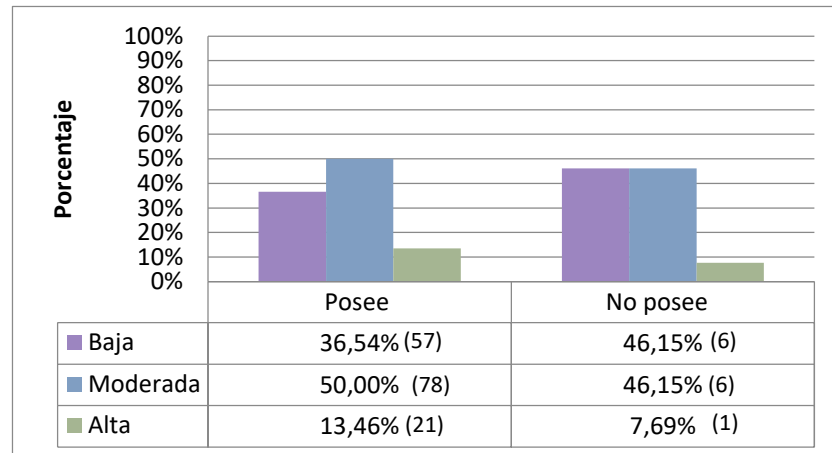
A continuación se presentan los resultados que dan respuesta al sexto objetivo específico planteado en esta investigación, que corresponde a determinar el nivel de preocupación por caer según factores predisponentes para generar una caída en la vivienda y el entorno de la población en estudio.

Gráfico N°14: Nivel de preocupación por caer en adultos mayores pertenecientes a la OCAM participantes del estudio, según ubicación de la vivienda.



En el gráfico N°14 se observa que según la ubicación de la vivienda, la distribución de la preocupación por caer de los adultos mayores que residían en el plan fue predominantemente baja con un 46,43% (n=13), por otro lado las personas cuyo domicilio se ubicaba en el cerro obtuvieron principalmente una moderada preocupación 52,17% (n=72). Finalmente las personas que vivían en quebrada presentaron en su totalidad una alta preocupación 100,00% (n=3).

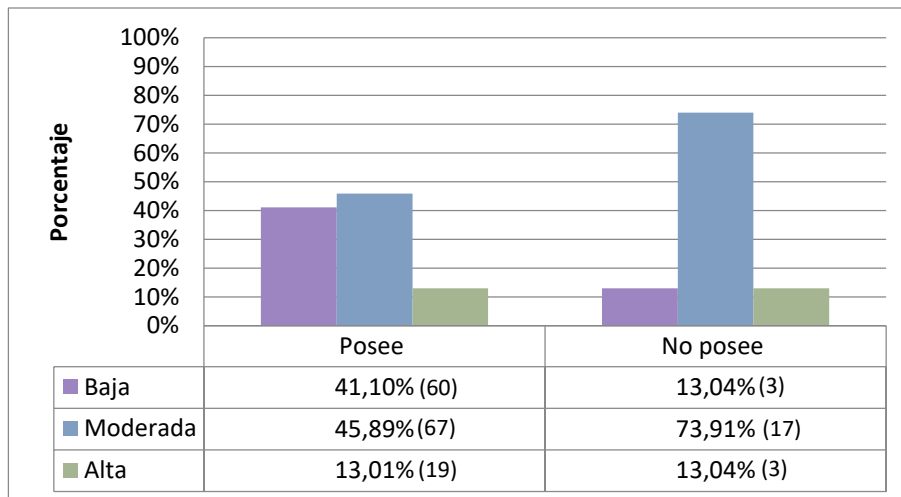
Gráfico N°15: Nivel de preocupación por caer en adultos mayores pertenecientes a la OCAM participantes del estudio, según presencia de factores predisponentes para generar una caída al interior de la vivienda.



El gráfico N°15 muestra que según los factores que podrían generar una caída al interior de la vivienda, la distribución de la preocupación por caer fue mayoritariamente moderada en aquellos que tenían alguna de estas características 50,00% (n=78); mientras que quienes no las presentaban obtuvieron una distribución equitativa en la baja y moderada preocupación 46,15% (n=6).

Destaca que los adultos mayores que poseían alguno de estos factores predisponentes refirieron un mayor porcentaje de alta preocupación 13,46% (n=21).

Gráfico N°16: Nivel de preocupación por caer en adultos mayores pertenecientes a la OCAM participantes del estudio, según factores predisponentes para generar una caída al exterior de la vivienda.



En el gráfico N°16 se aprecia que según los factores que podrían generar una caída al exterior de la vivienda, la distribución de la preocupación por caer fue predominantemente moderada tanto en los que tenían estas características como en los que no, con un 45,89% (n=67) y 73,91% (n=17) respectivamente.

Sobresale que el nivel de baja preocupación en aquellos que presentan estos factores, es mayor en comparación a los que no los poseen (41,10% vs 13,04%).

CAPÍTULO 5

DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

5.1 DISCUSIÓN

5.1.1 CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS, SOCIALES, DE SALUD, DE LA VIVIENDA Y EL ENTORNO.

Los resultados obtenidos en el estudio, respecto a las características demográficas, demostraron que en la muestra de adultos mayores participantes de los talleres de la OCAM durante el segundo semestre del año 2017, el rango de edad se concentró mayoritariamente entre los 65-75 años con un 52,66%, cifra que si bien resulta similar, no es posible de comparar con los datos entregados en la encuesta CASEN 2015, donde se expone la distribución etaria según decenios, señalando que el 48,8% de los adultos mayores se encuentra entre los 60-69 años (1).

Por otra parte, existió un predominio del 89,35% del género femenino, situación semejante a lo que ocurre en la región de Valparaíso, donde este grupo representa al 57,30% (1). Esta diferencia podría deberse a que los talleres de la OCAM era principalmente de interés femenino, hecho que influyó en el número limitado de hombres que participaron en el estudio.

Respecto al estado civil, tanto en la muestra de este estudio como a nivel nacional prevalecieron los adultos mayores casados con un 42,60% y 50,00% respectivamente (1).

En cuanto a las características sociales, específicamente la ocupación, se destacó que la mayoría las personas mayores poseían un estatus laboral de “jubilado, sin ocupación” (75,15%) seguidos por aquellos que se encontraban “jubilados, con ocupación” (13,61%). Esto último difiere de los datos obtenidos en los adultos mayores del país, donde el 58,3% refirió poseer alguna ocupación, manteniéndose esta tendencia en la quinta región (1). Fenómeno que podría explicarse debido a la predominancia del género femenino en la población de estudio, pues en general los

hombres son aquellos que se mantienen activos laboralmente después de los 65 años (1).

Los hallazgos encontrados en relación a la escolaridad, mostraron que la mayor parte de los participantes de esta investigación poseían un nivel de escolaridad superior o igual a 12 años con un 60,95% (n=103), cifra que discrepa con los datos encontrados a nivel regional donde solo el 10,7% de los adultos de 60 años y más presentaban una educación superior completa (1). Ello se podría atribuir a que un alto nivel educacional se asocia a mayores conocimientos sobre el envejecimiento activo y saludable, siendo un pilar fundamental de este la participación social, aspecto presente en la población estudiada.

Referente a los antecedentes de salud, las patologías que prevalecieron en los participantes de este estudio fueron, en primer lugar la hipertensión arterial con un 57,99%, cifra menor a la mencionada en encuestas nacionales donde se señala un 73,3% (18); en segundo lugar se hallaron las afecciones osteoarticulares con un 50,88%, valor que se encuentra entre los estándares del país 31,7% al 40,6% (18,34); por último se destaca la presencia de diabetes mellitus con un 21,89%, porcentaje similar al encontrado en la población chilena (34).

La variable historial de caídas, se presentó en un 28,40% de los adultos mayores, lo cuales refirieron haber tenido al menos una caída en los últimos 6 meses. Este evento ocurre aproximadamente en un 35,3% en la población nacional mayor de 60 años, cifra muy semejante a la encontrada en países desarrollados (28%-35%) (22). De este total el 68,75% señaló haber caído 1 vez en el periodo asignado, dato concordante al obtenido en un estudio internacional, en el que 69,6% presentó este número de caídas (27).

Según el grado de dependencia en las AIVD, la muestra resultó mayoritariamente autónoma (94,08%), situación similar a la encontrada en el contexto nacional (85,6%) (1); lo que podría deberse a la permanente participación social de los sujetos de

estudio, pues se ha comprobado que el encontrarse activo tiene un impacto positivo en el mantenimiento del funcionamiento general y la calidad de vida (47, 48).

Con respecto a los mareos, un 27,22% de los encuestados refirió haberlos presentado frecuentemente, dato mayor al hallado en una encuesta chilena donde el 17,4% de los adultos mayores señaló algún episodio de mareo en los últimos 6 meses (33). Esta diferencia podría explicarse, debido a que un 48,52% de la muestra de este estudio consumen tres o más fármacos, lo que supera a los datos nacionales de polifarmacia en adultos mayores (38,7%), generando un incremento en la incidencia de efectos adversos (33, 35).

Por otra parte, un 72,78% de los adultos mayores entrevistados “si realizaba” algún tipo de actividad física, lo que contrasta con las estadísticas del país donde se evidenció que solo el 6% de las personas de 60 años o más se ejercitan. Esto podría atribuirse a la presencia de diversos talleres orientados al acondicionamiento físico al interior de la OCAM.

En cuanto a los factores predisponentes en la vivienda y el entorno para generar una caída, en la variable ubicación, los participantes indicaron que sus viviendas se encontraban principalmente en el cerro, considerando al 81,66% de la muestra. No se hallaron estudios regionales que señalaran la distribución de adultos mayores según lugar de residencia, sin embargo este resultado puede deberse a que las características topográficas de la ciudad de Valparaíso influyen sobre la construcción de las viviendas. El 92,30% de los participantes declaró poseer algún factor predisponente para generar una caída al interior de la vivienda, destacándose la presencia de escaleras (62,72%) y piso resbaladizo (55,62%). A su vez, el 86,98% refirió tener al exterior de su residencia elementos que podrían producir una caída, sobresaliendo el pavimento en mal estado (42,60%) y superficies con escaleras (18,93%). Características también mencionadas en otros estudios como obstáculos relevantes que pudiesen ocasionar una caída (25).

5.1.2 NIVEL DE PREOCUPACIÓN POR CAER

El nivel de preocupación por caer que predominó en los adultos mayores participantes de los talleres de la OCAM de Valparaíso en el segundo semestre del año 2017, fue la moderada preocupación con un 49,70% (n=84), seguido por una baja preocupación 37,28% (n=63) y una alta preocupación por caer con un 13,02% (n=22). Al comparar estos resultados con investigaciones internacionales, se encontró que un estudio realizado en India refirió un 33,20% de preocupación por caer en personas mayores de 60 años (puntaje >8 en Short FES-I), de los cuales el 73,6% era autónomo para AVD (10). Esta cifra fue menor a la encontrada en los adultos mayores de nuestro estudio, donde se obtuvo un 62,72% de preocupación por caer, siendo el 94,08% de los participantes personas autónomas para AIVD. Diferencia que pudo deberse a la predominancia del género femenino, ya que según la literatura, en las mujeres ocurre un desgaste a nivel óseo mayor que en los hombres, lo que afecta su equilibrio y marcha predisponiendo a un aumento en el riesgo de caídas, y por lo tanto a la aparición del miedo por caer (9, 11). Sumado a ello, otro factor a considerar fue que la presencia de comorbilidades asociadas a la preocupación por caer resultó mayor en nuestro estudio (89,34% vs 73,2%).

Desde el punto de vista de la Teoría Del Déficit del Autocuidado, la preocupación por caer puede generar un “déficit del autocuidado”, pues aunque se ha considerado como una consecuencia directa de la caídas, numerosas investigaciones lo refirieron como un fenómeno independiente que genera preocupación en la realización de AVD en el adulto mayor, aumentando el riesgo de autorestricción y de aislamiento en el sujeto. Situación que adquiere relevancia en las personas mayores de 60 años dada su propia etapa de desarrollo, ya que se produce la pérdida de ciertas aptitudes y/o habilidades para hacer frente a demandas de autocuidado (7, 13, 54, 58).

Es importante considerar que la existencia de ciertas características tales como el sexo, la edad, estado civil y nivel educacional, pueden determinar los requisitos de autocuidado del sujeto, las cuales condicionan o tienen un impacto sobre el potencial de

la persona para desarrollar estrategias de afrontamiento frente a situaciones adversas, como son las caídas o la presencia del miedo por caer (59). Cabe destacar, que estas últimas pueden influir en la perspectiva que tienen los adultos mayores respecto al miedo por caer, el cual también puede actuar como un factor protector cuando se toman ciertas precauciones para no exponerse al riesgo.

5.1.3 NIVEL DE PREOCUPACIÓN SEGÚN CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS, SOCIALES, DE SALUD, DE LA VIVIENDA Y EL ENTORNO.

5.1.3.1 NIVEL DE PREOCUPACIÓN SEGÚN CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS.

Respecto al rango de edad, en nuestro estudio destaca que el nivel de la preocupación por caer tiende a incrementarse a partir del quinquenio 75-80, evidenciando en un 100% una alta preocupación por caer entre los 85-95 años. Estos resultados son semejantes a los obtenidos en investigaciones internacionales, donde la preocupación por caer aumenta significativamente a medida que se acrecienta la edad, presentándose en sujetos de 60-70 años en un 24%, 71-80 años en un 41,7% y sobre los 81 años en un 78,3% (10). Otras investigaciones de igual manera respaldan este dato, pues refieren que entre los 70-90 años, la preocupación por caer se presenta en una mayor medida (9, 13, 38-40). Esta situación se puede fundamentar en el deterioro de la salud física y mental producto de los cambios propios del envejecimiento, así como también al alza de las enfermedades crónicas, lo que lleva al adulto mayor a un estado de fragilidad que contribuye en la aparición del miedo por caer (13, 38, 51).

En cuanto al género, se obtuvo que tanto en mujeres como en hombres predominó una moderada preocupación por caer (49,01% v/s 55,56%). No obstante, el género femenino manifestó un mayor porcentaje de alta preocupación (13,91%) en comparación con el género masculino (5,56%). Esto puede explicarse debido a que en las mujeres ocurre un desgaste a nivel óseo mayor que en los hombres, lo que afecta su equilibrio y marcha predisponiendo a un aumento en el riesgo de caídas y por lo tanto a la aparición del miedo por caer (9, 11). A pesar de lo anterior, este hecho contrasta con otras investigaciones que señalaron una prevalencia del miedo por caer

significativamente más alta en mujeres (68,5%), que en hombres (31,6%) (9). Diferencia que se puede atribuir a que en nuestro estudio, el número de participantes tuvo una presencia predominante de población femenina.

Referente al estado civil, los adultos mayores que se encontraban casados, divorciados, separados y viudos tuvieron predominantemente una moderada preocupación, a diferencia de los que se hallaban solteros, quienes manifestaron principalmente una baja preocupación por caer. Esto se contradice con un estudio realizado en Portugal, donde los adultos mayores que presentaban un mayor miedo por caer (61%), se encontraban viudos, solteros o divorciados (9, 39), sin embargo la literatura señala que esto ocurre debido a que la presencia de otros parientes actuaría como factor protector frente al miedo por caer, pero también un gran número de familiares aumenta la sobreprotección y disminuye la percepción de la persona frente al riesgo, exponiéndose a posibles caídas (7, 28).

Aplicando la Teoría del Déficit del Autocuidado a los hallazgos obtenidos, se puede destacar que la “persona” como ser integral, posee características que determinan sus requisitos de autocuidado, tales como el sexo, la edad, estado civil, nivel educacional, etc. Estas características del sujeto, condicionan o impactan sobre su potencial para desarrollar estrategias de afrontamiento frente a situaciones adversas, como es el caso de una caída o la presencia del miedo por caer (59).

5.1.3.2 NIVEL DE PREOCUPACIÓN SEGÚN CARACTERÍSTICAS SOCIALES.

En relación a la ocupación, tanto las personas mayores cesantes, jubilados sin ocupación y jubilados con ocupación presentaron principalmente una moderada preocupación por caer. Resalta que aquellos pertenecientes al grupo de “jubilados, con ocupación” fueron quienes señalaron un mayor porcentaje de alta preocupación por caer (17,39%), lo que pudo deberse a que los adultos mayores que aún se mantienen activos, deben hacer frente a los obstáculos del medio ambiente y a la movilización continúa aumentando su riesgo de caer (36). Cabe señalar que esta variable en otros estudios no tuvo una relevancia significativa en la distribución del miedo por caer (10).

En los datos recogidos se obtuvo que la alta preocupación por caer presentó una tendencia a disminuir conforme aumenta el nivel educacional. Ello se ve respaldado por un estudio realizado en España, donde la preocupación por caer se presentó en un 57,1% en aquellos adultos que no tenían escolaridad, en contraste a los que presentaban una instrucción mayor (48,8%), tendencia que se repite en otros estudios (12, 39). Hecho que puede atribuirse a que un alto nivel de instrucción se comporta como un factor protector para reducir la preocupación por caer, ya que permite obtener una actitud activa frente a las adversidades del ambiente (2, 38, 40, 42).

5.1.3.3 NIVEL DE PREOCUPACIÓN SEGÚN CARACTERÍSTICAS DE SALUD.

Respecto a la presencia de patologías, se obtuvo que las personas que señalaron tener antecedentes mórbidos presentaron un mayor porcentaje de moderada y alta preocupación por caer, que aquellos que no las poseían. Por su parte, entre las personas que refirieron enfermedades osteoarticulares, diabetes mellitus, hipertensión arterial y ACV predominó la preocupación moderada. Destaca que las personas portadoras de hipertensión arterial manifestaron un mayor porcentaje de alta preocupación (17,35%) en comparación con el resto de patologías, lo cual se puede explicar debido a su alta asociación con la presencia de mareos. Estudios internacionales corroboran la presencia de un incremento del miedo por caer en aquellos adultos mayores con diabetes mellitus, hipertensión arterial y enfermedades cardiovasculares (11). Esto se puede fundamentar en la premisa de que en la adultez mayor se está expuesto al riesgo de padecer múltiples enfermedades y disfunciones orgánicas, derivadas del proceso natural del envejecimiento (23).

En cuanto al historial de caídas en los últimos 6 meses, tanto aquellos que los refirieron como los que no, obtuvieron predominantemente un moderado nivel de preocupación (41,67% y 52,89%). A pesar de ello, cabe destacar que quienes habían caído señalaron un mayor porcentaje de alta preocupación por caer (18,75% v/s 10,74%). Esto se contradice con otras investigaciones, ya que estas señalan que el miedo por caer se presenta en un 40,9% en aquellos que refirieron un accidente con caída en los últimos 6

meses y en un 32,5% en aquellos sin historial previo (9). Así mismo en otro artículo, las personas mayores que cayeron poseían un 64,6% de miedo por caer versus un 35,4% en las personas sin evento reciente (11). El comportamiento encontrado en nuestro estudio se puede explicar, debido a que el miedo por caer está ligado al contacto social y a la experiencia que tenga la persona frente a una situación de caída, independiente de que se haya caído o no (68).

Sumado a lo anterior, destacó un alto nivel de preocupación en los adultos mayores participantes de esta investigación que manifestaron más de 3 caídas, lo que puede deberse a que el número de eventos incide en la percepción que tiene la persona sobre las consecuencias de estas (7).

En relación al grado de dependencia en las AIVD, los resultados señalan que el nivel de preocupación por caer se va incrementando a medida que esta aumenta, manifestándose en un 100% de los adultos mayores con “dependencia moderada” un alto nivel de preocupación. Esta situación se ve reflejada en la descripción que Orem hace del metaparadigma salud, donde la define como: “bienestar total de las estructuras que conforman al ser humano, incorporando tanto factores físicos, mentales, interpersonales y sociales en todos los niveles de la atención de salud” (59); de esta forma el grado de autonomía que ostente el adulto mayor, es un factor físico que influye de gran manera en la calidad y autopercepción que este posea respecto a su salud.

Referente a la presencia de polifarmacia, la distribución de preocupación por caer fue moderada, tanto en los adultos mayores que la presentaban como en los que no (50,57% v/s 48,78%). A pesar de esto, aquellos que consumían más de 3 fármacos manifestaron un mayor valor de alta preocupación por caer (17,07%), lo que puede fundamentarse en que los cambios naturales ocurridos durante el envejecimiento, afectan la forma en que interactúan los medicamentos con el organismo, produciéndose una mayor predisposición a padecer efectos adversos, como por ejemplo mareos (35); siendo este síntoma considerado un factor predisponente para presentar una caída. Esto último, también se vio corroborado en nuestro estudio, donde se obtuvo que los

participantes que presentaron mareos tenían un mayor porcentaje de alto nivel de preocupación (23,91% vs 8,04%), hecho que tiene total concordancia con otros artículos que declaran que los adultos mayores con historial de mareos manifiestan más miedo por caer (71,5% v/s 31,1%) (31).

Relacionando esta situación con la teoría de autocuidado, principalmente con los requisitos de autocuidado en la desviación de la salud, nos encontramos que la polifarmacia genera mayor demanda en la persona como agente de autocuidado, ya que la presencia de comorbilidades conlleva a la necesidad de realizar una serie de acciones de autogestión para el éxito del tratamiento (35).

En lo que respecta a la actividad física, la moderada preocupación predominó de igual forma en las personas mayores que se ejercitaban como en las que no. Sin embargo, resalta que la alta preocupación fue menor en el primer grupo (11,38% v/s 17,39%), lo que se asemeja a lo establecido en un estudio llevado a cabo en Brasil, donde más de la mitad de los adultos mayores que no tenían miedo a caer, realizaban actividad física (25). Evento que puede ser atribuido a que esta variable es fundamental para un envejecimiento activo, ya que mejora la resistencia, flexibilidad y fuerza del sistema muscular, además del equilibrio, tiempo de reacción y coordinación, lo que favorece la conservación de las funciones físicas y cognitivas (51, 61, 62). Cabe destacar que la actividad física como tal, se encuentra dentro de los factores de autocuidado planteados por D. Orem, ya que el ejercicio físico busca preservar y mantener el funcionamiento integral de la persona (62).

5.1.3.4 NIVEL DE PREOCUPACIÓN SEGÚN CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA Y EL ENTORNO.

En cuanto a la ubicación de la vivienda, en los participantes cuyo domicilio se ubicaba en el centro de la ciudad se concentró una baja preocupación por caer (46,43%), mientras que aquellos que residían en los cerros de la ciudad manifestaron principalmente una moderada preocupación (52,17%) y por último, quienes residían en quebradas, presentaron un 100% de alta preocupación por caer. Esto coincide con lo

señalado en otras investigaciones, ya que según la literatura, los adultos mayores presentan mayor preocupación por caer cuando realizan actividades como bajar o subir pendientes pronunciadas o caminar en superficies desiguales, tales como suelos rocosos y caminos mal pavimentados, características que se suelen encontrar en localizaciones geográficas como cerros y quebradas (7, 30).

En relación a los factores predisponentes para generar una caída al interior de la vivienda, la preocupación por caer fue moderada tanto en los participantes que lo refirieron como en los que no, misma situación que ocurre con los factores de riesgo extradomiciliarios. Sin embargo, se destaca que en las personas mayores que poseían elementos que podrían propiciar una caída dentro del domicilio, eran las que tenían un mayor valor de alta preocupación por caer (13,46% v/s 7,69%); caso contrario al de los adultos de más de 60 años que señalaban la presencia de algún factor de riesgo de caídas fuera del hogar, pues eran los que más porcentaje obtuvieron en la categoría baja preocupación (41,10% v/s 13,04%). No se encontraron artículos que investigaran la distribución de estas variables con el miedo por caer, aunque cabe destacar que las características ambientales señaladas resultan un claro ejemplo de cómo el metaparadigma “ambiente”, definido según Orem como “aquellos factores externos que influyen e interactúan con el individuo, ya sea en el ámbito intra o extra domiciliario”, repercuten en el nivel de autocuidado que el adulto mayor posee (59).

5.2 LIMITACIONES

1. El tiempo de aplicación del estudio fue acotado a solo un mes de duración, debido al adelanto de la finalización de los talleres, lo que generó un tamaño muestral reducido. Además se debió cambiar el tipo de muestreo a uno no probabilístico, por tener un tiempo limitado para la captación de los participantes y la aplicación de los instrumentos.

2. La población encuestada fue mayoritariamente femenina, debido a que el enfoque de los talleres impartidos por la OCAM eran predominantemente de interés para este género.
3. Dificultad para obtener una base de datos actualizada sobre el número de inscritos en los talleres de la OCAM.
4. El instrumento utilizado (Short FES-I) no considera dentro de su clasificación de resultados la ausencia de preocupación por caer.

5.3 CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos en la investigación realizada a los adultos mayores de los talleres de la OCAM de Valparaíso, nos permite concluir que las edades de los participantes variaron entre 60 y 95 años, concentrándose mayoritariamente entre el rango de los 65-75 años (52,66%), con un predominio del género femenino (89,35%), estado civil casados/as (42,60%), jubilados/as sin ocupación (75,15%) y una escolaridad superior o igual a 12 años (60,95%).

Dentro de las características de salud, es posible apreciar que las patologías con mayor predominancia fueron la hipertensión arterial (57,99%) y aquellas afecciones del sistema osteoarticular (50,88%). Respecto al historial de caídas, el 28,40% de los participantes refirió sufrir uno o más de estos eventos en los últimos 6 meses; de esta cifra el 68,75% señaló solo un incidente en este mismo periodo. También se contempló que de los adultos mayores encuestados, el 94,08% eran autónomos en el desempeño de sus AIVD. Por otra parte, el 27,22% de los encuestados refirió mareos de forma frecuente, un 48,52% presentó polifarmacia, y el 72,78% de la muestra realizaba actividad física.

En cuanto a las características de la vivienda y el entorno, un 81,66% de los adultos mayores señaló tener su domicilio ubicado en el cerro; el 92,30% de los participantes declaró tener un factor predisponente para generar una caída en el interior de la vivienda, destacando la presencia de escaleras con un 62,72% y piso resbaladizo con

un 55,62%. Así mismo, el 86,98% manifestó tener algún factor que dificultase su desplazamiento al exterior de la vivienda, sobresaliendo el pavimento en mal estado con un 42,60% y superficies con escaleras con un 18,93%.

Referente a la preocupación por caer en los adultos mayores encuestados, se obtuvo que predominó un nivel moderado de preocupación por caer con un 49,70%.

En lo que respecta a la preocupación por caer según las características demográficas, destaca que la distribución del nivel de preocupación tiende a incrementar desde el quinquenio 75-80, siendo la categoría moderada preocupación la que presentó mayor porcentaje en ambos géneros (49,01% mujeres y 55,56% hombres). A pesar de ello, las mujeres refirieron una mayor proporción de alta preocupación por caer (13,91%) que los hombres (5,56%). En cuanto al estado civil, los adultos mayores casados, divorciados, separados y viudos manifestaron una moderada preocupación por caer, a diferencia de los solteros quienes señalaron principalmente una baja preocupación.

En relación a la preocupación por caer según las características sociales, sobresale que en las personas mayores cesantes y jubiladas con o sin ocupación destacó una moderada preocupación por caer; de igual manera es importante considerar que la distribución de alta preocupación por caer tiende a disminuir conforme aumenta el nivel educacional.

En cuanto a la preocupación por caer según los antecedentes de salud, las personas que señalaron tener antecedentes mórbidos, presentaron un mayor porcentaje de moderada y alta preocupación por caer que aquellos que no las poseían. Resaltó que las personas portadoras de hipertensión arterial manifestaron una mayor proporción de alta preocupación por caer.

Referente al historial de caídas, tanto aquellas personas mayores que refirieron caer como las que no, obtuvieron predominantemente un moderado nivel de preocupación (41,67% y 52,89%). A pesar de ello, los primeros señalaron un mayor porcentaje de alta preocupación por caer (18,75%). Cabe destacar que los adultos mayores que manifestaron más de 3 caídas refirieron un 66,67% de alta preocupación.

También se observó que el nivel de preocupación por caer tiende a incrementarse a medida que aumenta la dependencia, manifestándose en un 100% de los adultos mayores con “dependencia moderada” una alta preocupación.

La distribución de preocupación por caer fue moderada tanto en los adultos mayores que presentaban polifarmacia como en los que no (50,57 % y 48,78%). A pesar de esto, aquellos que consumían 3 o más fármacos, manifestaron un mayor valor de alta preocupación por caer (17,07%) al igual que los que señalaron mareos frecuentes (23,91%). En lo que respecta a la actividad física, la moderada preocupación predominó de igual forma en las personas mayores que se ejercitaban como en las que no.

Referente a la preocupación por caer según características de la vivienda y el entorno, los participantes cuyo domicilio se ubicaba en el centro de la ciudad concentraron una baja preocupación por caer (46,43%), mientras que aquellos que residían en los cerros manifestaron principalmente una moderada preocupación (52,17%), por último quienes residían en quebradas, presentaron en su totalidad alta preocupación por caer.

Finalmente, tanto en las personas que tenían factores predisponentes para generar una caída al interior de la vivienda como las que no, predominó una moderada preocupación por caer, resultado que se repitió en aquellos que señalaron algún factor extra domiciliario. Cabe destacar que las personas mayores con elementos que podrían propiciar una caída dentro del domicilio, eran las que tenían un mayor valor de alta preocupación por caer (13,46%).

5.4 SUGERENCIAS

1. Promover la realización de investigaciones para describir el nivel de preocupación por caer en una población que requiere el uso de órtesis, debido a que en este estudio se consideró como un criterio de exclusión.
2. Fomentar el desarrollo de estudios con enfoque cualitativo que aborden la preocupación por caer en los adultos mayores, con la finalidad de describir su

experiencia personal. Algunas interrogantes a plantear podrían ser: ¿qué sentimientos genera el concepto “caída”?, ¿cómo es la percepción del adulto mayor en cuanto a las consecuencias de las caídas? y ¿cómo se modifica la percepción del entorno tras presentar una caída?.

3. Al tratarse de un estudio descriptivo de tipo transversal, no se establecieron relaciones entre variables importantes para determinar el valor predictivo sobre el fenómeno en estudio. Sería recomendable realizar un nuevo análisis a la información recolectada por medio de estudios correlacionales.
4. Sería interesante que el instrumento Short FES-I se considerara dentro del Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor (EMPAM), ya que presenta una visión objetiva de cómo la preocupación por caer influye en el desempeño de actividades de la vida diaria de esta población, y con ello realizar intervenciones focalizadas en esta temática.
5. Es importante concientizar a las organizaciones comunales (juntas de vecinos, agrupaciones de adulto mayor, entre otros) sobre los factores que influyen en el miedo a caer y sus consecuencias, esto con el fin de desarrollar talleres de prevención de caídas y/o comprometer a las autoridades sobre la modificación de los espacios, como una medida preventiva para preservar la autonomía de este grupo etario.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Ministerio de desarrollo social. Subsecretaria de evaluación social. Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) 2015, Adultos mayores. Santiago (CL): Subsecretaría de Evaluación Social; 2017.
- (2) Araya A, Valenzuela E, Padilla O, Iriarte E, Caro C. Preocupación por caer: Validación al español del instrumento Short Falls Efficacy Scale-International en adultos mayores chilenos que viven en la comunidad. *Rev. esp. geriatr. gerontol.* 2017; 52(4):188-92.
- (3) Tinetti ME, Richman D, Powel L. Falls efficacy as a measure of fear of falling. *J Gerontol.* 1990; 45(6): 239-43.
- (4) Buchner DM, Hornbrook MC, Kutner NG, Tinetti ME, Ory MG, Mulrow CD, et al. Development of the common database for the FICSIT trial. *J Am Geriatr Soc.* 1993; 41(3): 297-308.
- (5) Olascoaga A. Participación social y su influencia en la calidad de vida de adultos mayores [Tesis]. Montevideo: Universidad de la Republica; 2014.
- (6) Curcio CL, Gómez-Montes F. Temor a caer en ancianos: controversias en torno a un concepto y a su medición. *Hacia la Promoción de la Salud.* 2012; 17 (2): 186-204.
- (7) Hoang OT, Jullamate P, Piphatvanitcha N, Rosenberg E. Factors related to fear of falling among community-dwelling older adults in Danang, Vietnam. *J Clin Nurs.* 2017; 26 (1-2):68-76.
- (8) Friedman SM, Munoz B, West SK, Rubin GS, Fried LP. Falls and fear of falling: which comes first? A longitudinal prediction model suggests strategies for primary and secondary prevention. *J Am Geriatr Soc.* 2002 Aug; 50 (8):1329-35.
- (9) Martín I, Ribeiro O, Almeida R, Santos A. Caídas y temor a caer en los mayores de 75 años. *GEROKOMOS.* 2013; 24 (4): 158-63.

- (10) Abhay M, Sanjana T, Prabhakar RP, Srinivas T. Prevalence and correlates of fear of falling among elderly population in urban area of Karnataka, India. *J Midlife Health*.2014 Jul-Sep; 5(3): 150–5.
- (11) Chang HT, Chen HC, Chou P. Factors Associated with Fear of Falling among Community-Dwelling Older Adults in the Shih-Pai Study in Taiwan. *PloS one* [Internet]. 2016 [citado 20 de mayo 2017]; 11(3): e0150612. Disponible en: [10.1371 / journal.pone.0150612](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0150612).
- (12) Dierking L, Markides K, Al Snih S, Kristen M. Fear of Falling in Older Mexican Americans: A Longitudinal Study of Incidence and Predictive Factors. *J Am Geriatr Soc*. 2016; 64(12):2560-5.
- (13) Vitorino LM, Teixeira CA, Boas EL, Pereira RL, Santos NO, Rozendo CA. Fear of falling in older adults living at home: associated factors. *Rev Esc Enferm USP*.2017; 51:e03215.*
- (14) Fucahori F, Lopes A, Aparecida J, Kruleske da Silva C, Trelha C. Fear of falling and activity restriction in older adults from the urban community of Londrina: a cross-sectional study. *Fisioter. mov*. 2014; 27(3): 379-87.
- (15) Organización Panamericana de la Salud. Salud, bienestar y envejecimiento en Santiago, Chile. Santiago: OPS. Publicación Científica y Técnica No.609; 2000.
- (16) Orem D. Modelo de Orem, Conceptos de enfermería en la práctica.4ª ed. MASSON SA; 1993.
- (17) Instituto Nacional de estadísticas (INE).Resultados Preliminares Censo de Población. Santiago: Instituto Nacional de estadísticas; 2012.
- (18) Ministerio de Salud. Encuesta nacional de salud (ENS) 2016-2017: Primeros resultados. Santiago (CL): Ministerio de Salud; 2017.
- (19) Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y salud. Notas descriptivas. Ginebra: OMS; 2015. Nota descriptiva N° 404.

- (20) Bhala RP, O'Donnell J, Thoppil E. Ptophobia. Phobic fear of falling and its clinical management. *Phys Ther.* 1982; 62(2):187-90.
- (21) Kellogg International Working Group on the Prevention of falls by the Elderly. *Prevention of falls in the elderly population.* Toronto: OPHA; 1998.
- (22) Martín L. Miedo a caídas en personas mayores de 65 años, estudio multifactorial. [Tesis doctoral]. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid, Facultad de Medicina; 2012.
- (23) Kumar A, Carpenter H, Morris R, Liffé S, Kendrick D. Which factors are associated with fear of falling in community-dwelling older people?. *Age and Ageing.* 2014; 43 (1): 76-84.
- (24) Organización Mundial de la Salud. *Caídas. Notas descriptivas.* Ginebra: OMS, 2017. Nota descriptiva N.º 344.
- (25) Ministerio de Salud. *Manual de Prevención de Caídas en el Adulto Mayor.* Santiago (CL): Ministerio de Salud; 2010.
- (26) Organización Mundial de la Salud. *Who global report on falls prevention in older age.* Columbia: OMS; 2007.
- (27) Castillo D, Zapata H, Escobedo P, Aguilar P, Espino R. Incidencia de caídas en una muestra de adultos mayores de la Unidad Universitaria de Rehabilitación de Mérida Yucatán. *Rev Mex Med Fis Rehab.* 2011; 23(1):8-12.
- (28) Oliveira F, Melo M, Dias M, Fernandes K, Almeida R. Evaluation of fear of falling in elderly in ambulatory care. *J Nurs UFPE [Internet].* 2013 [24 de mayo 2017]; 7(4):1160-6. Disponible en: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewArticle/4069>
- (29) Antes D, Schneider IJ; Benedetti TR; D'Orsi E. Miedo a caída recurrente y factores asociados en ancianos de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. *Cad. Saúde Pública*

[Internet]. 2013 [citado 23 de mayo 2017]; 29(4):758-68. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2013000400013>.

(30) Liu JY. Fear of falling in robust community-dwelling older people: results of a cross-sectional study. *J Clin Nurs*.2015; 24(3-4):393-405.

(31) Olmos P. Estudio del síndrome de temor a caerse en personas mayores de 65 años. [Tesis Doctoral]. Murcia: Departamento de Psiquiatría y Psicología social, Universidad de Murcia; 2012.

(32) Martins K, Bogoni M, Pires A. Fear of falling associated with sociodemographic and lifestyle variables and clinical conditions in elderly people registered with the Family Health Strategy in Campo Grande, Mato Grosso do Sul. *Rev. bras. Geriatr. gerontol.* [Internet]. 2016 [citado 23 de mayo 2017]; 19(3): 441-52. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232016000300441

(33) Caja los Andes, Pontificia Universidad Católica de Chile. Chile y sus mayores. Santiago (CH): PUC; 2017.

(34) Ministerio de Salud. Encuesta nacional de salud (ENS).Santiago (CL): Ministerio de Salud; 2010.

(35) Serra M, Germán J. Polifarmacia en el adulto mayor. *Rev haban cienc méd* [Internet]. 2013[citado 27 de mayo 2017]; 12(1): 142-51. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2013000100016

(36) González G, Marín P, Pereira G. Características de las caídas en el adulto mayor que vive en la comunidad. *Rev. méd.Chile*. 2001; 129(9): 1021-30.

(37) Jefferis BJ, Iliffe S, Kendrick D, Kerse N, Trost S, Lennon LT, et al. How are falls and fear of falling associated with objectively measured physical activity in a cohort of community-dwelling older men?. *BMC Geriatr*[Internet].2014[citado 26 de mayo 2017];14:114.

- (38) Kelly C, Fleischer A, Yalla S, Grewal G, Albright R, Berns D. et al. Fear of Falling Is Prevalent in Older Adults with Diabetes Mellitus But Is Unrelated to Level of Neuropathy. *J Am Podiatr Med Assoc.* 2013; 103(6): 480–8.
- (39) Párraga I, Navarro B, Pretel F, Denia J, Elicegui R, López-Torres H. Miedo a las caídas en las personas mayores no institucionalizadas. *Gac Sanit.* 2010; 24(6): 453-9.
- (40) Velázquez G, Montes M, Mazadiego ME. Asociación del síndrome de temor a caerse; actividades y participación en adultos mayores. *Physical and Rehabilitation Medicine Rehabilitation.* 2013; 25 (2): 43-8.
- (41) Cho H, Seol SJ, Yoon DH, Kim MJ, Choi BY, Kim T. Disparity in the fear of falling between urban and rural residents in relation with socio-economic variables, health issues, and functional independency. *Ann Rehabil Med.* 2013; 37(6):848–61.
- (42) James EG, Conatser P, Karabulut M, Leveille SG, Hausdorff JM, Cote S et. al. Mobility limitations and fear of falling in non-English speaking older Mexican-Americans. *Ethn Health.* 2017; 22 (5):480-9.
- (43) Silva J, Coelho S, Pereira T, Stackfleth R, Marques S, Partezani R. Caídas en el adulto mayor y su relación con la capacidad funcional. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2012.20 (5):1-9.
- (44) Lopes KT, Costa DF, Santos LF, Castro DP, Bastone AC. Prevalence of fear of falling among a population of older adults and its correlation with mobility, dynamic balance, risk and history of falls. *Rev. bras. Fisioter.* 2009; 13(3): 223-9.
- (45) Leiva-Caro J, Salazar-González B, Gallegos-Cabriales E, Gómez-Meza M, Hunter F. Relación entre competencia, usabilidad, entorno y riesgo de caídas en el adulto mayor. *Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet].* 2015 [citado el 27 de mayo 2017]; 23(6): 1139-48. Disponible en: <http://www.scielo.br/revistas/rlae/eaboutj.htm>.
- (46) World Health Organization. Active ageing: a policy framework. Ginebra: WHO; 2002.

(47) Sevilla M, Salgado MC, Osuna NC. Envejecimiento Activo. Las TIC en la vida del adulto mayor. RIDE [Internet]. 2015[citado 30 de julio 2017]; 11(6).Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/4981/498150319034.pdf>

(48) Izal M, Fernández-Ballesteros R. Modelos Ambientales sobre la vejez. Anales de psicología. 1990; 6 (2), 181-98.

(49) Camino MP. Capacidad de autocuidado en la prevención de caídas que tienen los adultos mayores que acuden al centro de salud Tablada de Lurín. [Tesis].Lima (Perú): Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de medicina humana E.A.P de Enfermería; 2012.

(50) Pontificia Universidad Católica de Chile. Manual de geriatría y gerontología [Internet]; 2001 [actualizado 28 Agosto 2005; citado 16 Junio 2017]. Disponible en: <http://www.enfermeriajw.cl/pdf/MANUAL%20GERIATRIA%20PONTIFICIA%20UNIVERSIDAD%20CATOLICA%20DE%20CHILE.pdf>

(51) Ordoñez E. Síndrome de fragilidad del adulto mayor con trastorno de homeostasis psicofísicosocial en el sector de “Yacupamba” de Pillaro en el periodo enero a mayo 2016. [Tesis]. Ambato (Ecuador): Universidad regional autónoma de los Andes; 2017.

(52) Sisamón M. Prevención del déficit funcional en pacientes ancianos hospitalizados por enfermedad aguda: estudio preliminar de un programa de fuerza. [Tesis doctoral]. Valencia (España): Universidad de Valencia, Departamento de educación física y deportiva, España; 2012.

(53) Lavedán A. Estudio de seguimiento de las caídas en la población mayor que vive en la comunidad. [Tesis Doctoral]. Lérida (España): Universidad de Lleida; 2013.

(54) Kohen E. Las relaciones interpersonales entre residentes ancianas institucionalizadas en un Hogar [Tesis]. Palermo: Universidad de Palermo. Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales; 2012.

- (55) Sicilia M. La protección social a las personas mayores en situación de dependencia. [Tesis]. San Cristóbal de La Laguna: Universidad de La Laguna. Facultad de Ciencias Políticas, Sociales y de la Comunicación; 2015.
- (56) Organización Mundial de la Salud. The Role of the Pharmacist in Self-Care and Self-Medication. Francia: OMS; Portal de Información, Medicamentos Esenciales y Productos de Salud; 1998.
- (57) González N. Programa Más Adultos Mayores Autovalentes. [PPT]. Santiago: Ministerio de Salud. Subsecretaría de Redes Asistenciales; 2015.
- (58) Prado L, González M, Gómez N, Romero K. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. Rev. Med. Electron. [Internet]. 2014 [citado 15 de junio 2017]; 36(6): 835-45. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000600004.
- (59) Berbiglia V, Banfield B. Teoría del déficit de autocuidado. En: Allgood MR, Tomey AM. Modelos y teorías de enfermería. 8ed. Madrid(Es): Elsevier-Mosby; 2015. 232-47.
- (60) Sanhueza M, Castro M, Merino JM. Optimizando la funcionalidad del adulto mayor a través de una estrategia de autocuidado. av.enferm [Internet]. 2012 [citado 1 de agosto 2017]; 30(1):23-31. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002012000100003&lng=es&nrm=iso
- (61) Torres J. Autocuidado en la prevención de caídas que tiene el adulto mayor que asiste al centro integral del adulto mayor de barranco periodo enero a marzo 2015. [Tesis]. Lima (Perú): Universidad San Martín de Porres; 2015.
- (62) Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud. Suiza: OMS; 2010.

- (63) Méndez-Moral J, Garzón-Soler T, Sales-Galán A, Mayordomo-Rodríguez T. Efectividad de una intervención para reducir el miedo a caer en las personas mayores. *AQUICHAN*. 2014; 14(2):207-15.
- (64) Murphy J, Isaacs B. The post-fall syndrome. A study of 36 patients. *Gerontology*. 1982; 28: 265-70.
- (65) Chandler J, Duncan P, Sander L, Studensky S. The fear of falling syndrome: relationships to falls, physical performance, and activities of daily living in frail older persons. *Topics in Geriatric Rehabilitation*. 1996; 11 (3): 55-63.
- (66) Bandura A. Self-efficacy mechanism in physiological activation and health-promoting behavior. In: Madden J, ed. *Neurobiology of learning, emotion and affect*. New York: Raven Press, 1991.
- (67) Cummings RG, Salked G, Thomas M, Szonyi G. Prospective study of the impact of fear of falling on activities of daily living, SF-36 scores, and nursing home admission. *J Gerontol*. 2000; 55(5): 299-305.
- (68) Howland J, Lachman ME, Peterson EW, Cote J, Kasten L, Jette A. Covariates of fear of falling and associated activity curtailment. *Gerontologist*. 1998; 38(5): 549-55.
- (69) Yardley L. Fear of imbalance and falling. *Reviews in clinical gerontology*. 1998; 8: 23 - 9.
- (70) Arfken CL, Lach HW, Birge SJ, Miller JP. The prevalence and correlates of fear of falling in elderly persons living in the community. *Am J Public Health*. 1994; 84(4): 565-70.
- (71) Powell LE, Myers AM. The Activities-specific Balance Confidence (ABC) Scale. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*. 1995; 50A: 28-34.
- (72) Costa D, Severo M, Fraga S, Barros H. Mini-Cog and Mini-Mental State

Examination: agreement in a cross-sectional study with an elderly sample. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2012; 33(2-3):118-24.

(73) Quiroga P, Albala C, Klaasen G. Validación de un test de tamizaje para el diagnóstico de demencia asociada a edad, en Chile. *Rev. méd*. 2004; 132(4): 467-78.

(74) Vergara I, Bilbao A, Orive M, Garcia-Gutierrez S, Navarro G, Quintana J. Validation of the Spanish version of the Lawton IADL Scale for its application in elderly people. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2012;10:130.

(75) Albala C, Lebrão ML, León Díaz EM, Ham-Chande R, Hennis AJ, Palloni A, et al. Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE): metodología de la encuesta y perfil de la población estudiada. *Rev Panam Salud Pública*. 2005; 17(5-6):307–22.

(76) Servicio Nacional del Adulto Mayor. Estudio Nacional de Dependencia en las Personas Mayores. Santiago (CL): SENAMA; 2009.

(77) Kempen G, Yardley L, van Haastregt JC, Zijlstra GA, Beyer N, Hauer K, Todd C. The Short FES-I: a shortened version of the falls efficacy scale-international to assess fear of falling. *Age and Ageing*. 2008; 37(1):45-50.

ANEXOS

Anexo N° 1: Short FES-I en inglés.

Short FES-I

Now we would like to ask some questions about how concerned you are about the possibility of falling. Please reply thinking about how you usually do the activity. If you currently don't do the activity, please answer to show whether you think you would be concerned about falling IF you did the activity. For each of the following activities, please tick the box which is closest to your own opinion to show how concerned you are that you might fall if you did this activity.

		<i>Not at all concerned</i> 1	<i>Somewhat concerned</i> 2	<i>Fairly concerned</i> 3	<i>Very concerned</i> 4
1	Getting dressed or undressed	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
2	Taking a bath or shower	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
3	Getting in or out of a chair	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
4	Going up or down stairs	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
5	Reaching for something above your head or on the ground	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
6	Walking up or down a slope	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
7	Going out to a social event (e.g. religious service, family gathering or club meeting)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

Anexo N° 2: Short FES-I en español.

VERSIÓN ACORTADA DE LA ESCALA DE EFICACIA EN CAÍDAS (Short FES-I)

Instrucciones: Ahora nos gustaría hacerle unas preguntas en relación a cuan preocupada/o está usted de la posibilidad de caerse. Para cada una de las siguientes actividades, por favor haga una cruz en la frase que más se aproxime a su opinión que muestre la medida en que está preocupado/a que pueda caerse si hiciera esta actividad. Por favor conteste pensando en la manera habitual que tiene de realizar la actividad. Si Ud. no realiza actualmente actividad (ej., si alguien compra por usted), por favor conteste en relación a mostrar si usted estaría preocupado/a de caerse SI usted realizará dicha actividad

USTED ESTÁ PREOCUPADO QUE PUEDA CAERSE AL:	En absoluto preocupado/a	Algo preocupado/a	Bastante preocupado/a	Muy preocupado/a
1. Vestirse o desvestirse	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
2. Bañarse o ducharse	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
3. Sentarse o levantarse de una silla	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
4. Subir o bajar escaleras	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
5. Tomar algo que está en altura (por encima de su cabeza) o que está en el suelo	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
6. Subir y bajar superficies inclinadas (por ejemplo, una rampa)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
7. Salir a un evento social (ej. religioso, reunión familiar, reunión social)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
PUNTAJES:	Sumar todos los 1	Sumar todos los 2	Sumar todos los 3	Sumar todos los 4
PUNTAJE TOTAL				

RESULTADO

7 – 8: preocupación baja; 9 – 13: preocupación moderada; 14 – 28: preocupación alta

Mínima puntuación: 7 / Máxima puntuación: 28 puntos

Anexo N° 4: Instrumento de medición de variables demográficas, sociales, de salud, vivienda y el entorno (Autoconfeccionado).

Instrumento de valoración de características demográficas, sociales, de salud, vivienda y el entorno

El miedo a caer, también definido como la preocupación por caer ante la realización de actividades de la vida diaria, se ha convertido en un relevante impedimento para la mantención de la autovalencia del adulto mayor, pudiéndose presentar con o sin antecedentes de caídas previas. Este puede generar un cese de ciertas actividades, produciendo como consecuencia una disminución de la participación social, llegando incluso en casos extremos, a tomar la decisión de no salir de sus hogares. A ello se suma que la ciudad de Valparaíso en sí, dificulta aún más su desplazamiento.

Por esta razón la/lo invitamos cordialmente a participar en nuestro estudio sobre el nivel de preocupación por caer en adultos mayores con participación social. El presente instrumento se aplicará con el fin de recolectar datos demográficos, sociales, de salud y características de la vivienda y el entorno de la población en estudio.

Se administrará posterior a la firma de un consentimiento informado y se realizará a través de un encuestador, en un ambiente donde se proteja la privacidad de sus respuestas como participante.

I.- Características demográficas

1.- Edad: ____ años

2.- Género

- Masculino
- Femenino

3.- Estado civil

- Soltero/a
- Casado/a
- Viudo/a
- Unión consensual
- Separado/a
- Divorciado/a
- Conviviente

II. Características sociales

4.- Señale su ocupación actual

- Activo
- Cesante
- Jubilado
- Jubilado, con ocupación

5.- Escolaridad

- Sin escolaridad
- Básica incompleta
- Básica completa
- Media incompleta
- Media completa
- Superior

6.- Nombré en que taller(es) participa dentro de la OCAM

1. _____

2. _____

III.- Antecedentes de salud

7.- Señale si usted posee algunas de estas enfermedades:

- Enfermedades en huesos y/o articulaciones (ej. artritis, artrosis, osteoporosis)
- Diabetes mellitus
- Hipertensión
- Infarto cerebral
- Parkinson
- Alteración del oído medio (ej. Vértigo)
- Ninguna de las anteriores
- Otras: _____

8.- Señale si ha sufrido caídas en los últimos 6 meses

*De ser afirmativo, conteste pregunta 9

- Si
- No

9.- ¿Cuántas caídas ha sufrido en el período de tiempo indicado?

- 1
- 2
- 3
- más

10.- ¿Usted presenta mareos de forma frecuente?

- Si
- No

11.- ¿Consumes tres o más fármacos?

- Si
- No

12.- ¿ Realiza algún tipo de actividad física?

- Si
- No

13.- ¿Utiliza alguna ayuda técnica para la movilización (bastón, andador, silla de ruedas)?

- Si
- No

IV.- Características de la vivienda y el entorno

14.- Indique en qué lugar se ubica su domicilio (territorio)

- Plan (centro de la ciudad)
- Cerro
- Quebrada

15.- Señale las características que presenta al interior de su vivienda

- Escalera
- Piso resbaladizo
- Piso irregular
- Alfombras
- Otra característica: _____
- Ninguna de las anteriores

16.- Señale las características que presenta el entorno fuera de su hogar

- Escaleras
- Falta de alumbrado público
- Pavimento en mal estado
- Otra característica: _____
- Ninguna de las anteriores

Anexo N° 5: Carta de aprobación de campo clínico (OCAM).



COMPROMISO DE APOYO

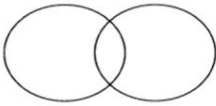
Carolina Carvajal Sanllehi, Coordinadora de la Oficina Comunal del Adulto Mayor, dependiente de la I. Municipalidad de Valparaíso, mediante la presente, tiene a bien dejar constancia que se encuentra en conocimiento de la realización del proyecto de investigación denominado "**Nivel de Preocupación por Caer en Adultos Mayores con Participación Social**", por parte la carrera de Enfermería de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso y, ante lo cual, la infraescribe, compromete todo el apoyo y facilidades para que se realicen las labores pertinentes en nuestras dependencias, además de apoyar la convocatoria ante los requerimientos a presentar.

Sin más sobre el particular, se extiende la presente, para la tramitación de los fines que se estimen pertinentes.

Valparaíso, 11 de Abril de 2017.-

Anexo N° 6: Minimental abreviado (MMSE).

EVALUACION COGNITIVA (MMSE ABREVIADO)

<p>1. Por favor, dígame la fecha de hoy.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0; text-align: center;"> Sondee el mes, el día del mes, el año y el día de la semana </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0; text-align: center;"> Anote un punto por cada respuesta correcta </div>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;"></th> <th style="width: 10%;">BIEN</th> <th style="width: 10%;">MAL</th> <th style="width: 10%;">N.S</th> <th style="width: 10%;">N.R</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Mes</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Día mes</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Año</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Día semana</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> <p>N.S = No sabe N.R = No responde</p> <p style="text-align: right;">TOTAL = <input style="width: 40px;" type="text"/></p>		BIEN	MAL	N.S	N.R	Mes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Día mes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Año	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Día semana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	BIEN	MAL	N.S	N.R																						
Mes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																						
Día mes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																						
Año	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																						
Día semana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																						
<p>2. Ahora le voy a nombrar tres objetos. Después que se los diga, le voy a pedir que repita en voz alta los que recuerde, en cualquier orden. Recuerde los objetos porque se los voy a preguntar más adelante. ¿Tiene alguna pregunta que hacerme?</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> Explique bien para que el entrevistado entienda la tarea. Lea los nombres de los objetos lentamente y a ritmo constante, aproximadamente una palabra cada dos segundos. Se anota un punto por cada objeto recordado en el primer intento. </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> Si para algún objeto, la respuesta no es correcta, repita todos los objetos hasta que el entrevistado se los aprenda (máximo 5 repeticiones). Registre el número de repeticiones que debió hacer. </div>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;"></th> <th style="width: 20%;">CORRECTA</th> <th style="width: 20%;">NO SABE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Arbol</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Mesa</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Avión</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: right;">TOTAL = <input style="width: 40px;" type="text"/></p> <p>Número de repeticiones</p>		CORRECTA	NO SABE	Arbol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mesa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>													
	CORRECTA	NO SABE																								
Arbol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
Mesa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
Avión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
<p>3. Ahora voy a decirle unos números y quiero que me los repita al revés:</p> <p style="text-align: center; font-weight: bold;">1 3 5 7 9</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0; text-align: center;"> Anote la respuesta (el número), en el espacio correspondiente. </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0; text-align: center;"> La puntuación es el número de dígitos en el orden correcto. Ej; 9 7 5 3 1 = 5 puntos </div>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr> <td style="width: 10%;">Respuesta Entrevistado</td> <td style="width: 10%;"><input type="text"/></td> <td style="width: 10%;"><input type="text"/></td> <td style="width: 10%;"><input type="text"/></td> <td style="width: 10%;"><input type="text"/></td> <td style="width: 10%;"><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Respuesta Correcta</td> <td style="text-align: center;">9</td> <td style="text-align: center;">7</td> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">1</td> </tr> </tbody> </table> <p>N° de dígitos en el orden correcto ↓</p> <p style="text-align: right;">TOTAL = <input style="width: 40px;" type="text"/></p>	Respuesta Entrevistado	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Respuesta Correcta	9	7	5	3	1													
Respuesta Entrevistado	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																					
Respuesta Correcta	9	7	5	3	1																					
<p>4. Le voy a dar un papel; tómelolo con su mano derecha, dóblelo por la mitad con ambas manos y colóquese sobre las piernas:</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0; text-align: center;"> Entréguele el papel y anote un punto por cada acción realizada correctamente. </div>	<p>Ninguna acción 0</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;"></th> <th style="width: 20%;">Correcto</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Toma papel con la mano derecha</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Dobla por la mitad con ambas manos</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Coloca sobre las piernas</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: right;">TOTAL = <input style="width: 40px;" type="text"/></p>		Correcto	Toma papel con la mano derecha	<input type="checkbox"/>	Dobla por la mitad con ambas manos	<input type="checkbox"/>	Coloca sobre las piernas	<input type="checkbox"/>																	
	Correcto																									
Toma papel con la mano derecha	<input type="checkbox"/>																									
Dobla por la mitad con ambas manos	<input type="checkbox"/>																									
Coloca sobre las piernas	<input type="checkbox"/>																									
<p>5. Hace un momento le lei una serie de 3 palabras y Ud., repitió las que recordó. Por favor, dígame ahora cuáles recuerda.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0; text-align: center;"> Anote un punto por cada palabra que recuerde. No importa el orden. </div>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;"></th> <th style="width: 20%;">CORRECTO</th> <th style="width: 20%;">INCORRECTO</th> <th style="width: 20%;">NR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Arbol</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Mesa</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Avión</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: right;">TOTAL = <input style="width: 40px;" type="text"/></p>		CORRECTO	INCORRECTO	NR	Arbol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mesa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
	CORRECTO	INCORRECTO	NR																							
Arbol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																							
Mesa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																							
Avión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																							
<p>6. Por favor copie este dibujo:</p> <p style="font-size: 0.8em;">Muestre al entrevistado el dibujo con los círculos que se cruzan. La acción está correcta si los círculos no se cruzan más de la mitad. Contabilice un punto si el dibujo está correcto.</p> <div style="text-align: center; margin: 10px 0;">  </div>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 33%;"></th> <th style="width: 33%;">CORRECTO</th> <th style="width: 33%;">INCORRECTO</th> <th style="width: 33%;">NR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: right;">TOTAL = <input style="width: 40px;" type="text"/></p>		CORRECTO	INCORRECTO	NR		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
	CORRECTO	INCORRECTO	NR																							
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																							
<p>Sume los puntos anotados en los totales de las preguntas 1 a 6</p>	<p>Suma total = <input style="width: 40px;" type="text"/></p> <p>El puntaje máximo obtenible es de 19 puntos.</p> <p>Normal = ≥14 Alterado = ≤13</p>																									

Anexo N° 7: Lawton and Brody.

INDICE DE LAWTON - Escala de Actividades Instrumentales de la Vida Diaria

Indicación: Valoración de las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria. Cuando el Índice de Barthel puntúe 100 o sólo haya dependencia en continencia urinaria y fecal.

Interpretación:

Mujeres

Dependencia 0-1 Total 2-3 Grave 4-5 Moderada 6-7 Leve 8 Autónoma

Hombres

Dependencia 0 Total 1 Grave 2-3 Moderada 4 Leve 5 Autónomo

Dependencia en alguna de las actividades instrumentales nos indica riesgo de deterioro No resulta adecuada para evaluar respuesta al tratamiento o cambios funcionales a lo largo del tiempo.

ESCALA DE ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA INSTRUMENTALES - LAWTON		Varón	Mujer
Capacidad para usar el teléfono	- Utiliza el teléfono por iniciativa propia	1	1
	- Es capaz de marcar bien algunos números familiares	1	1
	- Es capaz de contestar al teléfono, pero no de marcar	1	1
	- No utiliza el teléfono	0	0
Compras	- Realiza independientemente las compras necesarias	1	1
	- Realiza independientemente pequeñas compras	0	0
	- Necesita ir acompañado para realizar cualquier compra	0	0
	- Totalmente incapaz de comprar	0	0
Preparación de la comida	- Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente		1
	- Prepara adecuadamente las comidas, si se le proporcionan los ingredientes		0
	- Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada		0
	- Necesita que le preparen y sirvan las comidas		0
Cuidado de la casa	- Mantiene solo la casa o con ayuda ocasional para trabajos pesados		1
	- Realiza tareas ligeras, como lavar platos o hacer las camas		1
	- Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza		1
	- Necesita ayuda en todas las labores de la casa		1
Lavado de ropa	- No participa en ninguna labor de la casa		0
	- Lava por sí solo toda su ropa		1
	- Lava por sí solo prendas pequeñas		1
	- Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otra persona		0
Uso de medios de transporte	- Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche	1	1
	- Es capaz de tomar un taxi, pero no usa otro medio de transporte	1	1
	- Viaja en transporte público, cuando va acompañado de otra persona	1	1
	- Utiliza el taxi o el automóvil, pero solo con ayuda de otros	0	0
Responsabilidad respecto a su medicación	- No viaja en absoluto	0	0
	- Es capaz de tomar su medicación a la hora y dosis correctas	1	1
	- Toma su medicación si la dosis está previamente preparada	0	0
	- No es capaz de administrarse su medicación	0	0
Manejo de asuntos económicos	- Se encarga de sus asuntos económicos por sí solo	1	1
	- Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras y bancos	1	1
	- Incapaz de manejar dinero	0	0
	TOTAL		

Anexo N° 8: Carta de compromiso de atención Centro de Atención Psicológica (CAPSI UV).



Valparaíso, 10 de abril de 2017.

Señores/as
Comité de Bioética
Facultad de Medicina
Universidad de Valparaíso

Atte.: Ps. Javier Morán
Coordinador CAPSI
Escuela de Psicología
Universidad de Valparaíso

Ref.: Informa proyecto de investigación de pregrado de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Valparaíso.

Por medio de la presente, se informa a este Comité que el Centro de Psicología Clínica (CAPSI) de la Escuela de Psicología de esta Universidad, dispone y ofrece el servicio de psicoterapia gratuita a aquellos casos que requieran de atención terapéutica y que fuese pesquisado a lo largo de cualquier proceso de investigación.

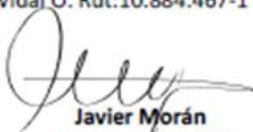
En particular a este caso, la entidad CAPSI se compromete a extender este servicio a los entrevistados que evidencien alteraciones de salud mental como resultado del proceso de investigación denominado "Nivel de preocupación por caer en adultos mayores con participación social" a realizarse en la Organización Comunal del Adulto Mayor de la Ilustre Municipalidad de Valparaíso, durante el segundo semestre de 2017.

Dicha investigación será ejecutada por los estudiantes de la Escuela de Enfermería:

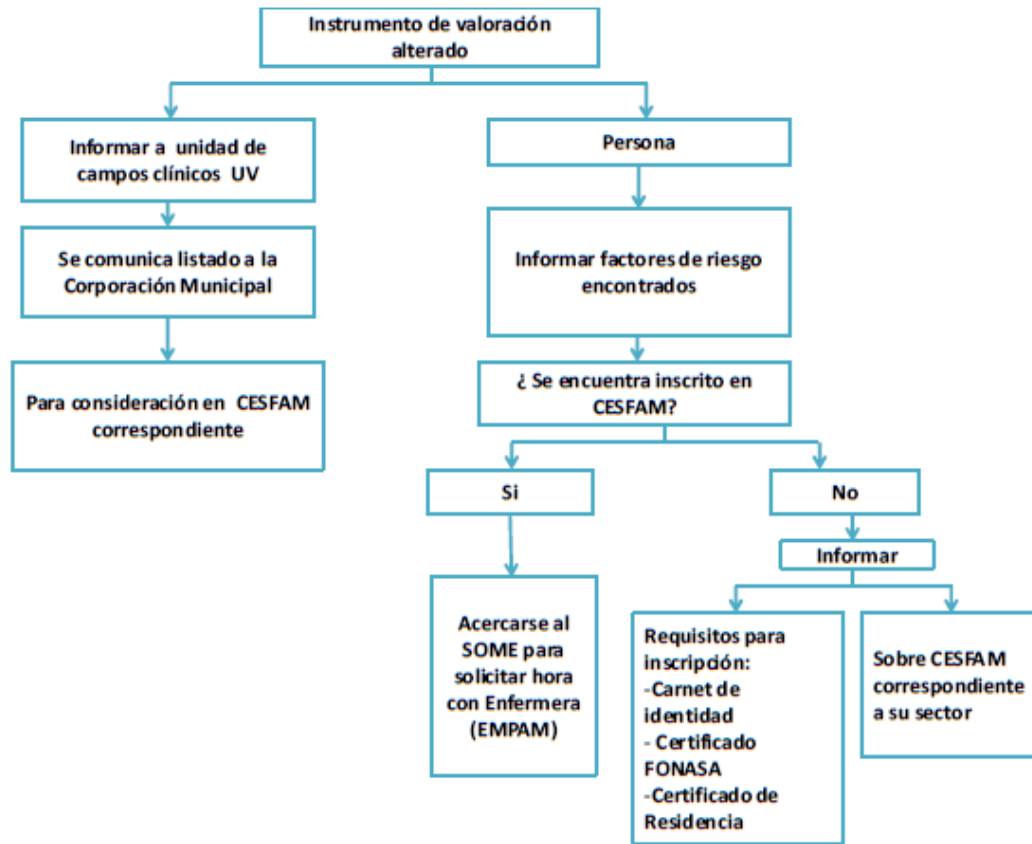
Sergio Sebastián Arancibia Osses, RUT. Rut: 18.552.245-8
Camila Alejandra Arriagada Aguilera, Rut: 18.818.077-9
Valeria Pilar Cortes Poblete, Rut: 19.048.509-9
Rodrigo Felipe Farías Godoy, Rut: 18.915.698-7
Adriana Zurrubut Mella Osses, Rut: 19.267.479-4
Patricia Elizabeth Merino González, Rut: 10.815.545-0
Carla Nataly Ponce Fuentes, Rut: 16.880.839-9
Carla Alejandra Silva Salinas, Rut: 19.153.391-7

La docente guía es la Sra. Johana Vidal O. Rut:10.884.467-1

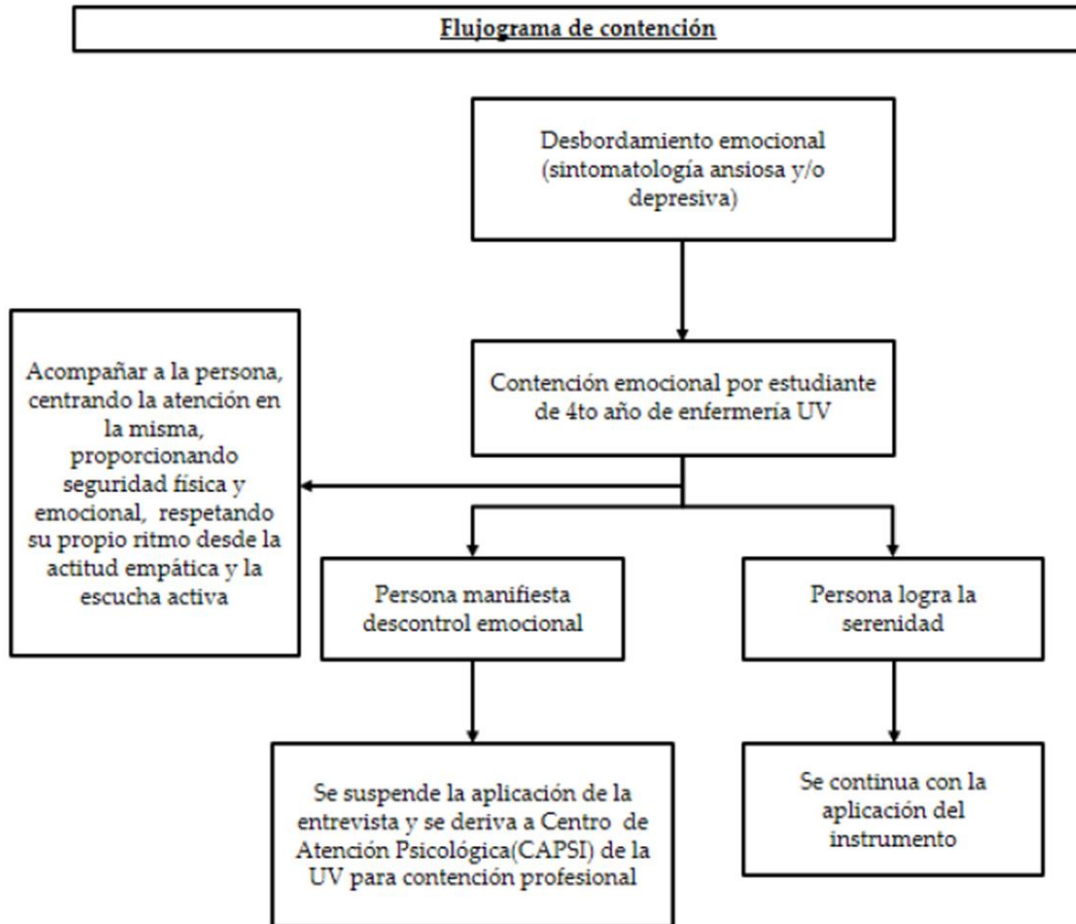
Sin otro particular


Javier Morán
Coordinador CAPSI
Escuela de Psicología
Universidad de Valparaíso

ANEXO N° 9: Flujograma resultado alterado.



Anexo N° 10: Flujograma de contención emocional.



Anexo N° 11: Acta de aprobación de Facultad de Medicina Universidad de Valparaíso.



FACULTAD DE MEDICINA
Comité de Bioética
para la Investigación

ACTA DE EVALUACIÓN BIOÉTICA No. 28/2017

I. El Comité de Bioética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso, constituido por Jimena Le Roy, tecnólogo médico, Presidenta; Eva Sotelo, profesora de Castellano, Vice-presidenta; Ivarny Marchant, médico- cirujano; Alberto Moreno, profesor de educación física; Magdalena Silva, enfermera – matrona; Angelo Bartsch, kinesiólogo; Maritza Cofré, Obstetra, en su sesión del día 10.08.17, declara haber evaluado el protocolo experimental del proyecto “Nivel de preocupación por caer en adultos mayores con participación social”, presentado por la investigadora Vidal Ortega, Johana, con vinculación a la Facultad.

II. Para su evaluación el Comité de Bioética revisó los siguientes antecedentes:

1. Protocolo n°012/2017, versión en español.
2. Hoja Informativa y Acta de Consentimiento Informado, versión en español, cuyos destinatarios son participantes de investigación.
3. *Curriculum Vitae* del investigador responsable y coinvestigador.
4. Instrumento: Lawton & Brody. Escala de Actividades instrumentales de la vida diaria. Evaluación cognitiva (MMSE abreviado). Short FES III.

III. En la valoración bioética del proyecto, el Comité consideró que dicha propuesta cumple con los principios éticos necesarios para su realización, entre otros, los de beneficencia y atención a potenciales riesgos; se concluyó que su pertinencia fundamental radica en:

1. El diseño se ajusta a las Normas de Investigación en Seres Humanos.
2. El estudio propuesto podrá aportar a la realización de intervenciones enfocadas en el mejoramiento de la calidad de vida de los adultos mayores, considerando la realidad de su entorno.
3. El Consentimiento Informado da cuenta de la finalidad de la investigación en forma clara; explícita y respeta la voluntariedad del posible participante, además de ofrecerle la oportunidad de retirarse en cualquier momento sin que ello le revista algún perjuicio; asegura la confidencialidad de los datos y de la identidad del sujeto; se precisa que no existen riesgos, ni costos involucrados como tampoco remuneración por participar; especifica en qué consistirá la colaboración del sujeto, señalando tiempo que involucrará la aplicación de la entrevista. Así también, el



investigador da a conocer su teléfono e E-mail de contacto para ubicarlo en caso de cualquier consulta o duda.

4. Los antecedentes curriculares del Investigador Principal garantizan la ejecución del estudio dentro de los marcos éticos y técnicos aceptables.
5. Los miembros del Comité declararon no tener conflicto de interés.

IV. Por lo anterior, el Comité de Bioética de la Facultad de Medicina aprueba el presente protocolo de investigación, que se llevará a cabo durante el año 2017 en la Oficina Comunal del Adulto Mayor, ubicado en la ciudad de Valparaíso, por el grupo investigador liderado por Vidal Ortega, Johana de la carrera de Enfermería/progrado. La ejecución del protocolo queda sujeta, además, a la aprobación que otorgare el Comité Ético-Científico del centro asistencial, si correspondiere. Las eventuales modificaciones que pudiera sufrir el protocolo al que serán sometidos los participantes deberán ser evaluadas por este Comité y aprobadas previo a su aplicación. El investigador responsable deberá transmitir informe de estado de avance del estudio al término de cada año de ejecución o el informe final, según proceda.

Firman en representación del Comité de Bioética de la Facultad de Medicina



Jimena Le Roy Barria
Presidenta

Viña del Mar, 07 de septiembre de 2017



C/C.

- Secretaría CBI-FAMED
- Comisión de Investigación Facultad de Medicina

Anexo N° 12: Acta de consentimiento informado.



ACTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARTICIPANTE
Adulto mayor asistente a Oficina Comunal del Adulto Mayor de Valparaíso

Yo,....., C.I..... DECLARO que la investigadora principal, enfermera Johana Vidal Ortega, académico de la Universidad de Valparaíso, y los estudiantes tesisistas Sergio Arancibia Osses, Camila Arriagada Aguilera, Valeria Cortés Poblete, Rodrigo Fariás Godoy, Adriana Mella Osses, Patricia Merino González, Carla Ponce Fuentes y Carla Silva Salinas, de la Escuela de Enfermería de la misma Universidad, ubicada en Angamos n°655 de la ciudad de Viña del Mar, me han informado en forma completa en qué consiste la investigación "Nivel de preocupación por caer en adultos mayores con participación social" que llevarán a cabo durante el año 2017 en la Oficina Comunal del Adulto Mayor de la ciudad de Valparaíso. He leído completamente la información proporcionada en este documento acerca de mi participación, y entiendo que tendré que responder a cuatro encuestas sobre mis datos sociobiodemográficos, y algunas escalas de evaluación, todo, en una sesión. Asimismo, he tenido la oportunidad de hacer preguntas y aclarar todas mis dudas con la investigadora principal. Entiendo que poseo el derecho de revocar mi consentimiento sin que esta decisión pueda ocasionarme algún perjuicio.

De acuerdo a lo declarado por mí en este documento, firmo aceptando voluntariamente mi participación en esta investigación. Recibo una copia completa de este documento.

Nombre, Apellido y Firma Participante
C.I.:
Fecha:

Nombre y Firma Investigadora Responsable
C.I.: 10.004.467-1
Fecha: 28/9/2017

JOHANA VIDAL ORTEGA
[Handwritten signature]

Nombre y firma Director(a) Establecimiento
C.I.: 15.750.161-5
Fecha: 28/9/2017.



Valparaíso,(día).....(mes) de 2017

Anexo N° 13: Consentimiento informado.



CONSENTIMIENTO INFORMADO Información para adultos mayores que asisten a la Oficina Comunal del Adulto Mayor de Valparaíso

El propósito del presente documento es invitarlo/a a participar en el estudio “Nivel de preocupación por caer en adultos mayores con participación social”. La investigadora principal es la enfermera Johana Vidal Ortega, quien guía a los estudiantes tesistas: Sergio Arancibia Osses, Camila Arriagada Aguilera, Valeria Cortés Poblete, Rodrigo Farías Godoy, Adriana Mella Osses, Patricia Merino González, Carla Ponce Fuentes y Carla Silva Salinas. Para que usted pueda tomar una decisión informada, le explicaremos a continuación cuáles serán los procedimientos involucrados en la ejecución de la investigación, así como en qué consistiría su participación:

1. La investigación mencionada se realizará en las dependencias de la Oficina Comunal del Adulto Mayor de la Ciudad de Valparaíso durante el segundo semestre del año 2017.
2. La importancia de este estudio se basa en que, en las últimas décadas, Chile ha presentado un aumento significativo de la población de 60 años o más y, por consiguiente, los problemas relacionados con la vejez se han vuelto un desafío al cual se debe hacer frente. El miedo a caer se ha convertido en un relevante impedimento para que el adulto mayor logre valerse por sí mismo. Nuestro entorno local, la ciudad de Valparaíso, dificulta aún más el desplazamiento del adulto mayor en sus actividades cotidianas, debido a sus características geográficas, tales como cerros y quebradas abruptas, generando así sentimientos de preocupación con respecto a caer, lo cual hace necesario investigar este fenómeno. Si usted participa, permitirá conocer el nivel de preocupación por caer en los adultos mayores lo que, a largo plazo, puede llevar a la realización de estrategias de promoción y prevención por parte de los centros de salud locales.
3. El objetivo de la investigación es describir el nivel de preocupación por caer en adultos mayores participantes de los talleres en la Oficina Comunal del Adulto Mayor (OCAM) de la ciudad de Valparaíso, en el segundo semestre del año 2017.
4. Su participación es voluntaria y no constituye un riesgo para su salud ni su integridad física y psicológica.
Si accede a participar en esta investigación, se le aplicarán cuatro encuestas o cuestionarios y algunas escalas de evaluación en las dependencias de su Oficina Comunal de Adulto Mayor, en una única sesión. Primero responderá una encuesta en la que se le consultarán datos generales, como la edad, sexo, patologías, uso de fármacos, situación laboral, escolaridad, participación social, características de la vivienda y su entorno; y sobre caídas previas. Posterior a ello, se aplicará una evaluación cognitiva y se medirá su autonomía física y la realización de actividades de la vida diaria. Finalmente, se le hará una evaluación del nivel de

preocupación por caer. En caso de pesquisar alguna alteración en el resultado de las evaluaciones aplicadas, se entregará la información pertinente a la autoridad correspondiente de la Oficina Comunal del Adulto Mayor, para que determine los pasos a seguir y no se continuará con la aplicación del resto de instrumentos.

5. Si usted se sintiera incómodo durante su participación en esta investigación, podrá recibir apoyo emocional y/o contención por parte de los investigadores y, en el caso de ser necesario, se sugerirá ser derivado al Centro de Atención Psicológico y Salud Integral (CAPSI) de la Escuela de Psicología de la Universidad de Valparaíso.
6. Si tiene dudas durante todo el proceso investigación, puede contactarse con la investigadora principal, Johana Vidal Ortega, a través del correo electrónico johana.vidal@uv.cl o al fono 322603812.
7. Si considerara necesario retirarse de la investigación, puede hacerlo en cualquier momento; solo debe comunicárselo a la investigadora principal. Este eventual retiro no le generará perjuicio alguno ni repercusión en su participación dentro de los cursos de la OCAM.
8. Los datos personales que se registren en este estudio serán confidenciales, es decir, no serán expuestos a terceros y solo podrán ser utilizados por los investigadores. Para resguardar su identidad, en lugar de su nombre se utilizarán códigos numéricos.
9. Los datos y resultados serán registrados y guardados por la investigadora principal, en su oficina dentro de un mueble bajo llave, ubicada en la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso, ubicada en Angamos n°655, Reñaca, por un periodo de 5 años desde la fecha de término del estudio, y posterior a este período, serán eliminados.
10. Los hallazgos de este estudio podrán ser publicados sólo en revistas de tipo científico y/o utilizados en otras investigaciones que guardan relación con el estudio original, protegiendo siempre la confidencialidad de los participantes. Además usted podrá solicitar los resultados a la investigadora responsable. Se darán a conocer los hallazgos de la investigación en una charla informativa y se entregará una copia del estudio realizado a los directivos a cargo de la OCAM.
11. Esta investigación ha sido evaluada y aprobada por el Comité de Bioética en Investigación (CBI) de la Facultad de Medicina (FAMED) de la Universidad de Valparaíso. Si usted lo requiriera, en caso de tener alguna duda acerca de este estudio o respecto de sus derechos como participante en esta investigación, puede contactar a su presidente en el teléfono 32-2603002 o E-mail: etica.facultadmedicina@uv.cl.