

Facultad de Medicina
Escuela de Enfermería y Obstetricia
Carrera de Enfermería

**Factores extrínsecos causantes de caídas en
adultos mayores autovalentes que residen en
conjuntos habitacionales urbanos de Viña del Mar**

**Seminario Tesis
para optar al título de Licenciado en Enfermería**


Año 2006

INTEGRANTES:

Cancino H., Soledad
Loyola V., Constanza
Montecinos S., Evelyn
Muñoz A., Pamela
Navarro C., Paulina
Núñez C., Erika
Tapia O., Francisca

PROFESOR ASESOR:

Sra. Gabriela Monardes S.



*“No es viejo aquel que pierde su cabello
o su última muela, sino su última esperanza.*

*No es viejo el que lleva en su corazón
el amor siempre ardiente;
no es viejo el que mantiene su fe en sí mismo,
el que vive sanamente alegre,
convencido de que para el corazón puro
no hay edad...”*


Sabiduría Hindú

RESUMEN

El presente es un estudio descriptivo sobre el riesgo de caídas derivado de factores externos presentes en el entorno de AM que moran en sectores residenciales de Viña del Mar.

La investigación en personas senescentes autovalentes, permite obtener datos tales como que un porcentaje cercano a la mitad de los AM ha presentado al menos una caída durante el último año, donde más de la mitad de ellos presenta como consecuencia lesiones menores y miedo a volver a caer. De allí la importancia del desarrollo de este tema. Si consideramos, además, que casi la totalidad de los AM presenta una o más patologías crónicas, nos encontramos con el problema de la polifarmacia que también predispone a este tipo de personas a sufrir caídas. Desde el punto de vista ambiental, el principal obstáculo causante de caídas son los muebles mal ubicados e inadecuada iluminación en el conjunto habitacional, lo cual concuerda ampliamente con el marco teórico revisado previamente.

Finalmente, se plantean propuestas y sugerencias derivadas de las conclusiones del estudio desde el punto de vista de la enfermería.



*A nuestras familias,
a nuestra profesora guía
y a nuestros pacientes,
por entregarnos las cosas más importantes,
esas que no pueden verse ni tocarse,
pero que se sienten en el corazón...*

INDICE DE MATERIAS

CONTENIDOS	PÁGINAS
• CAPITULO 1: INTRODUCCIÓN	
1.1 Introducción	02
1.2 Fundamentación	03
1.3 Delimitación del problema	04
1.4 Definición de términos	05
1.5 Limitaciones del estudio	07
• CAPITULO 2: MARCO CONCEPTUAL	
2.1 Proceso del envejecimiento	09
2.2 Demografía y envejecimiento	13
2.3 Autonomía y funcionalidad en el adulto mayor	15
2.4 Fragilidad del adulto mayor	18
2.5 Caídas en el adulto mayor	21
2.6 Factores de riesgo de las caídas	23
2.7 Consecuencias de las caídas	32
2.8 Objetivo general y objetivos específicos	39
2.9 Definición y operacionalización de variables	40
• CAPITULO 3: METODOLOGIA	
3.1 Organización del trabajo en grupo	44
3.2 Revisión bibliográfica y entrevistas con profesionales	44
3.3 Tipo de diseño de la investigación	44
3.4 Población en estudio, definición del universo y diseño muestral	44
3.5 Método de recolección de datos	45
3.6 Descripción del instrumento	45
3.7 Estudio de confiabilidad y vulnerabilidad del instrumento	46
3.8 Criterios utilizados para el análisis de los datos	46
3.9 Organización del trabajo en terreno	46

- **CAPITULO 4: RESULTADOS, ANÁLISIS DE TABLAS Y GRÁFICOS**

4.1 Antecedentes generales de la muestra	49
4.2 Análisis de tablas y gráficos	50
4.2.1 Item I caídas	54
4.2.2 Item II Problemas de salud	57
4.2.3 Item III Polifarmacia	61
4.2.4 Item IV Riesgos ambientales	70

- **CAPITULO 5: RESUMEN Y RECOMENDACIONES**

5.1 Conclusiones	78
5.2 Recomendaciones/sugerencias	79
5.3 Propuestas	81

- **PAGINAS COMPLEMENTARIAS: BIBLIOGRAFIA Y ANEXOS**

- Bibliografía	83
- Instructivo de aplicación	90
- Entrevista estructurada al adulto mayor	92

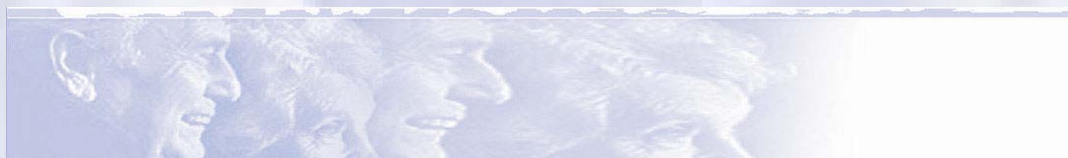
INDICE DE TABLAS

CONTENIDOS	PÁGINAS
TABLA N° 1	51
TABLA N° 2	52
TABLA N° 3	53
TABLA N° 4	54
TABLA N° 5	55
TABLA N° 6	56
TABLA N° 7	57
TABLA N° 8	58
TABLA N° 9	59
TABLA N° 10	59
TABLA N° 11	60
TABLA N° 12	61
TABLA N° 13	61
TABLA N° 14	62
TABLA N° 15	63
TABLA N° 16	64
TABLA N° 17	65
TABLA N° 18	67
TABLA N° 19	68
TABLA N° 20	69
TABLA N° 21	70
TABLA N° 22	70
TABLA N° 23	71
TABLA N° 24	71
TABLA N° 25	73

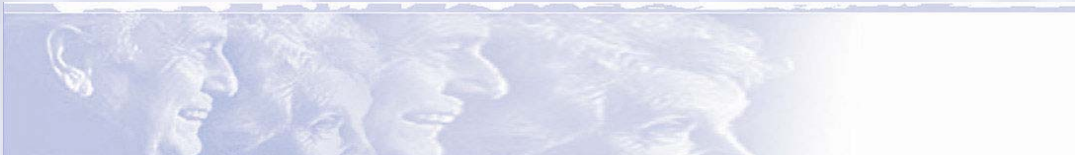


INDICE DE GRAFICOS

CONTENIDOS	PÁGINAS
GRAFICO 1	50
GRAFICO 2	51
GRAFICO 3	52
GRAFICO 4	53
GRAFICO 5	54
GRAFICO 6	55
GRAFICO 7	58
GRAFICO 8	62
GRAFICO 9	64
GRAFICO 10	65
GRAFICO 11	66
GRAFICO 12	67
GRAFICO 13	68
GRAFICO 14	72
GRAFICO 15	74
GRAFICO 16	75
GRAFICO 17	76



CAPITULO 1:
INTRODUCCION



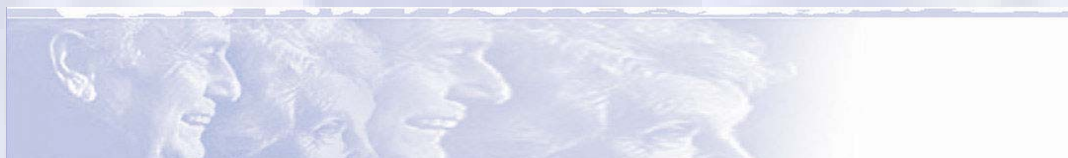
INTRODUCCION

El envejecimiento de la población mundial es un proceso esperado, ya que forma parte del desarrollo humano. A medida que el envejecimiento progresa se pierden habilidades motoras y cognitivas lo cual conlleva consecuencias de toda índole. Dentro de dichas habilidades, una de las que se pierde es el equilibrio, lo que se traduce en alteraciones funcionales en la vida del AM, cuya adecuada conservación resulta primordial y básica para la realización de las actividades de la vida diaria. Esta deficiencia en el equilibrio se debe al deterioro de las capacidades sensoriales, significando un desmedro en la integración de información y órdenes motoras y también alteraciones músculo-esqueléticas y patologías comunes en los AM.

El proceso de envejecimiento se asocia a cambios orgánicos como producto de la disminución en la capacidad de mantener el equilibrio, lo cual induce al AM a sufrir caídas, que muchas veces presentan consecuencias físicas, psicológicas, sociales y económicas, en ocasiones graves, que afectan tanto al paciente como a su familia y a la sociedad.

Los factores causales de las caídas en general pueden ser intrínsecos, relacionados con el huésped, o extrínsecos, relacionados con el ambiente. Son estos últimos los protagonistas de nuestra investigación, ya que siendo factores modificables es posible pesquisar, educar y crear conciencia sobre ellos, principalmente los de tipo intradomiciliario, ya que es donde ocurren mayormente estos episodios, y así producir cambios significativos dentro de la población estudiada.

El grupo se interesó en analizar la situación actual de los AM autovalentes, que habitan en dos condominios similares dentro de la ciudad de Viña del Mar, los cuales poseen características físicas determinadas, como la distribución, disposición de los espacios e infraestructura, lo cual hace que exista una observación e investigación objetiva en ambos condominios. Dichos factores fueron considerados dentro de éste análisis, a través de la aplicación de un instrumento de valoración, que sumado a factores extrínsecos personales, como son problemas de salud, riesgos ambientales y polifarmacia, aspecto destacable por estar presente en un gran porcentaje de la población de AM, se puede obtener un grado de conocimiento por parte de los AM residentes en los condominios mencionados, con respecto al riesgo de caídas, para finalmente llevar a cabo propuestas que serán de utilidad a quien tenga la oportunidad de leer esta investigación.



FUNDAMENTACION

En estos momentos la población chilena se encuentra en transición demográfica hacia el envejecimiento, creando un desafío permanente en diversos ámbitos de la sociedad para lograr la adaptación. La quinta región posee el mayor porcentaje de AM, los cuales se presentan en mayor cantidad en las zonas urbanas.

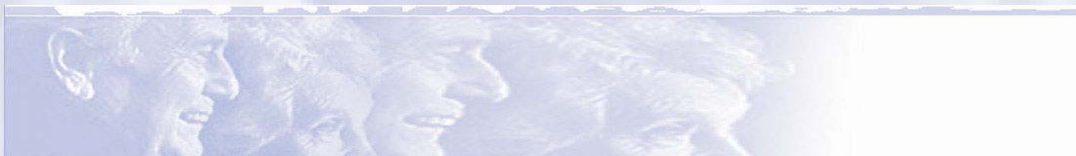
Dentro de los problemas a los que se ven enfrentados los AM, las caídas constituyen, la mayoría de las veces, el inicio de una serie de enfermedades y discapacidades con múltiples repercusiones. Las caídas son una de las patologías más prevalentes y más comunes que amenazan la autonomía, ocurriendo la mayoría de las veces dentro del propio hogar, al realizar las actividades básicas de la vida diaria.

Pese a lo anterior, las caídas en los AM constituyen un tema poco estudiado dentro del ámbito de la salud y el autocuidado. El grupo tesista piensa que es esencial prestar debida atención a los factores extrínsecos que pueden producir caídas en los AM, sobre todo en aquellos con múltiples trastornos crónicos, en los cuales el único método viable consiste en reducir la exposición a las situaciones externas, pues la reversión de los factores intrínsecos es casi imposible.



DELIMITACION DEL PROBLEMA

Riesgo de caídas derivado de factores extrínsecos en adultos mayores autovalentes de 60 años y más que habitan en dos conjuntos habitacionales urbanos de Viña del Mar durante los meses de Diciembre 2005 y Enero 2006.



DEFINICION DE TERMINOS

Actividad física: Es la energía que se consume por el movimiento del cuerpo. Incluye actividades de la rutina diaria, como las tareas del hogar, ir de compras, trabajar, etc.

Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD): Son las actividades más elementales de autocuidado, y consisten en poder realizar en forma independiente las siguientes actividades: alimentación, aseo, vestuario, movilidad, continencia y uso del baño.

Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD): Son llamadas así porque requieren de algunos instrumentos para ser llevadas a cabo, y porque precisan de una mayor indemnidad del individuo para poder realizarlas. Algunas de ellas son: usar el teléfono, ir de compras, preparar la comida, usar medios de transporte, etc.

Adulto mayor (AM): Persona de 60 años y más

CM: Canal Magdalena

Caída: Es una precipitación al suelo, repentina, involuntaria e insospechada, con o sin lesión secundaria, confirmada por el paciente o un testigo.

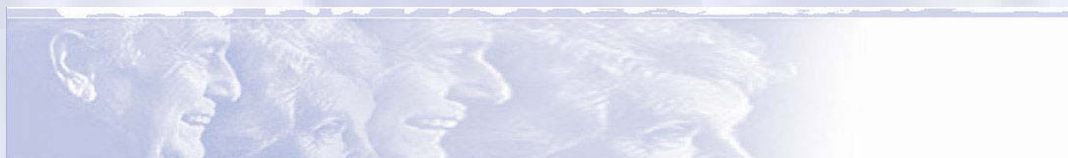
Conjunto Habitacional: Grupo de edificios de departamentos con iguales características físicas en un lugar geográfico determinado, físicamente delimitados y que cuenta con una organización administrativa.

Estilos de Vida: Conjunto de comportamientos o actitudes que desarrollan las personas, unas veces saludables y otras nocivas para la salud.

Factores causales: Elementos que en conjunto poseen la facultad de provocar un suceso negativo generador de caídas en el AM.

Factores extrínsecos: Elementos externos al individuo, que en conjunto con otros posee la facultad de provocar un suceso negativo para su salud, principalmente generadores de caídas.

Factores Intrínsecos: Estos se definen como las causas internas o propias de individuo que propenden a las caídas, por ejemplo: Inestabilidad en la marcha, alteraciones visuales, pluripatologías crónicas o agudas, polifarmacia, etc.



Instrumentos de apoyo: Elementos mecánicos utilizados por y para tratar y paliar las discapacidades. Facilitan la realización de actividades de la vida diaria otorgándole al individuo autonomía y comodidad.

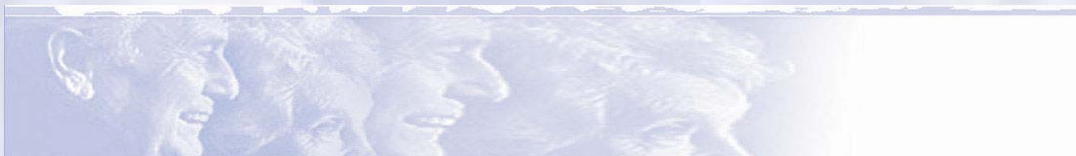
Intradomiciliario: Que se encuentra dentro de los límites de la propiedad. Incluye living-comedor, cocina, dormitorios, baño, terraza y logia.

LR: Lautaro Rosas

Polifarmacia: Consumo diario de 3 medicamentos o más en una misma persona.

Riesgos ambientales: Forma parte de los factores extrínsecos. Son todos aquellos elementos (personas, animales o cosas) que en forma física aumentan la probabilidad de caídas y sus consecuencias.

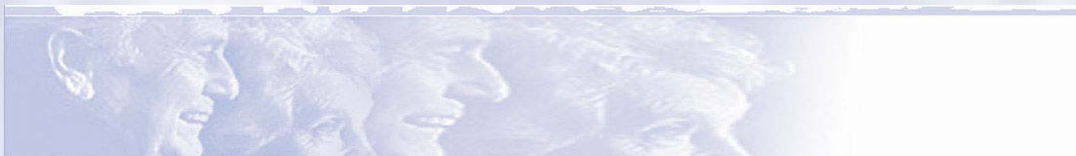
Seguridad: Minimización máxima de los riesgos existentes.



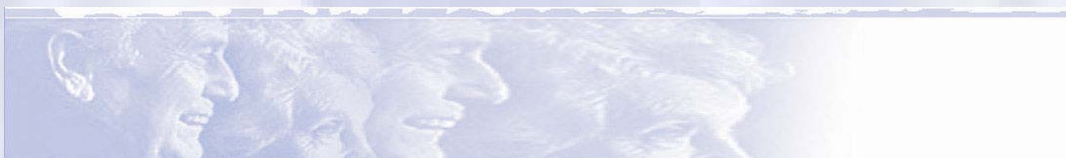
LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Durante la realización de este estudio se tuvo que enfrentar una serie de limitantes, entre ellas se encuentran:

- La falta de disponibilidad de recursos económicos y tiempo para detectar condominios con similares características al inicio del estudio.
- Excesiva burocracia para poder acceder a los condominios, ya que al ser éstos recintos cerrados se requería de autorización por parte de los administradores y de los residentes para poder entrevistar, lo que significó una prolongada pérdida de tiempo.
- El tamaño de la muestra, la que se redujo considerablemente de 120 a 55 AM por falta de colaboración de parte de éstos, quienes no accedieron a participar en la realización de la entrevista pese a la información previa.
- La falta de disponibilidad de tiempo por parte de los entrevistados, lo que repercutió en la cancelación de algunas entrevistas, atrasando la realización del estudio.
- Dificultades en la coordinación y acuerdo entre disciplinas complementarias (enfermería y estadística) que se tradujo en tardanza en la devolución de resultados de los alumnos de estadística encargados.
- La complementación del estudio con la entrega de material educativo, proyectada por el grupo de tesis a los AM de la muestra al principio del trabajo, que no se pudo concretar por el atraso citado.



CAPITULO: 2
MARCO CONCEPTUAL



PROCESO DEL ENVEJECIMIENTO

El proceso posee ciertas características que lo definen, a saber:

- **Es universal:** Propio de todos los seres vivos.
- **Es irreversible:** No puede detenerse ni revertirse.
- **Es heterogéneo e individual:** Cada especie tiene una velocidad característica de envejecimiento, sin embargo, la velocidad de declinación funcional varía enormemente de sujeto a sujeto, y de órgano a órgano dentro de la misma persona.
- **Es deletéreo:** Lleva a una progresiva pérdida de la función. Se diferencia del proceso de crecimiento y desarrollo en que la finalidad de éste es alcanzar una madurez en la función.
- **Es intrínseco:** No se produce debido a factores ambientales modificables.

El envejecimiento es un proceso continuo que determina una pérdida progresiva de la capacidad de adaptación. En algunos individuos mayores sanos, muchas funciones fisiológicas se mantienen normales en un estado basal, pero al ser sometidos a stress se revela la pérdida de reserva funcional.

En este proceso se producen diversos cambios como:

Cambios Biológicos

Con el paso de los años se va produciendo un deterioro de la capacidad del organismo para la regeneración celular. Los cambios que se producen en el organismo por el envejecimiento son similares a lesiones que ocurren en las patologías.

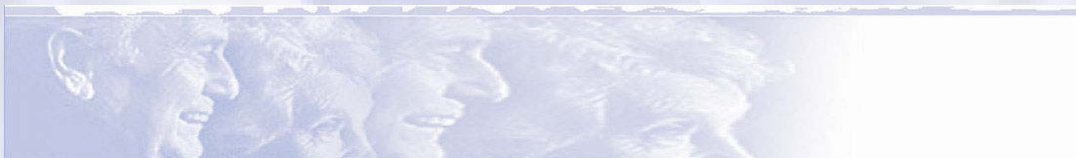
Por otra parte se produce la *apoptosis*, que es un proceso selectivo, en el cual la muerte celular está programada genéticamente, sin embargo durante el envejecimiento la apoptosis se intensifica, resultando un déficit de células.

Cambios Físicos (Estructurales)

El envejecimiento trae consigo cambios morfológicos en los diferentes órganos que componen nuestro cuerpo.

Cambios Psíquicos

Con el paso de los años se va produciendo un cambio en las capacidades intelectuales. A partir de los 30 años se inicia un declive de ellas que se acelera con la vejez, generando



una pérdida de la capacidad para resolver problemas, la que se acompaña de falta de espontaneidad en los procesos del pensamiento. La capacidad de lenguaje y de expresión suelen estar alteradas. La creatividad y capacidad imaginativa se conservan. Existen alteraciones en la memoria y suelen padecer de amnesia focalizada en el tiempo.

En cuanto al carácter y la personalidad no suelen alterarse, a menos que se produzca alguna alteración patológica. La capacidad de adaptación suele estar disminuida por el miedo ante situaciones desconocidas.

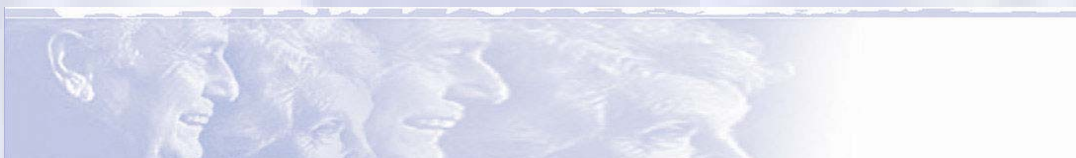
Cambios Sociales

En la vejez hay un cambio del rol individual, el cual se presenta desde tres dimensiones:

- *El adulto mayor como individuo.* En su última etapa del ciclo vital en el individuo se hace patente la conciencia de que la muerte está cerca. La actitud que se posee frente a la muerte cambia con la edad, es así como uno de los aspectos del desarrollo del individuo es la aceptación de la realidad de morir. Esta es vivida por algunos AM como liberación, siendo el final de una vida de lucha, preocupaciones y problemas. Para otros es una alternativa mejor aceptada que el posible deterioro o la enfermedad, sin embargo otros ancianos rechazan el hecho de morir y suelen rodearse de temor y angustia.
- *El adulto mayor como integrante del grupo familiar.* Las relaciones del AM con la familia cambian, ya que muchos suelen convivir con hijos y nietos. La relación con los demás integrantes de la familia pasa por 2 etapas. La primera cuando el AM es independiente y ayuda a los hijos; en la segunda aparecen problemas de salud, las relaciones se invierten y la familia suele plantearse el ingreso del adulto mayor a una residencia.
- *El adulto mayor como persona capaz de afrontar las pérdidas.* La ancianidad es una etapa caracterizada por las pérdidas (facultades físicas, psíquicas, económicas, rol, afectivas, etc.) Las pérdidas afectivas caracterizadas por la muerte del cónyuge o un amigo van acompañadas por gran tensión emocional y sentimiento de soledad. Este último es generalmente difícil de superar.

Cambio de Rol en la comunidad

En la actualidad la sociedad sólo valora al hombre activo, aquel que es capaz de trabajar y generar riquezas. Generalmente la mayoría de los ancianos suele estar jubilado (población no activa), no obstante puede otorgársele más posibilidades de aportar sus



conocimientos y realizar nuevas tareas comunitarias. Su papel gira alrededor de dos grandes actividades: la actividad laboral y las tareas comunitarias, tales como asociaciones, sindicatos, grupos políticos. No debemos olvidar que el hecho de envejecer modifica el rol que se ha desarrollado, pero no el individual.

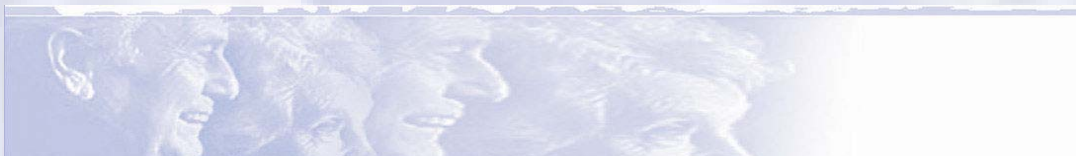
Cambio de Rol Laboral

La jubilación es la situación de una persona que tras haber cumplido una determinada edad y haber desarrollado durante un considerable número de años una actividad laboral, cesa en su oficio y tiene derecho a una pensión. El adulto mayor sufre este gran cambio, por lo cual debe tomar ciertas decisiones para evitar al máximo sus consecuencias negativas. Estas implican dificultades de adaptación, ya que la vida y sus valores están orientados en torno al trabajo y la actividad. Las relaciones sociales disminuyen al dejar el ambiente laboral al igual que los recursos económicos.

Muchas teorías intentan explicar el proceso del envejecimiento. Goldstein y colaboradores las han revisado extensamente y finalmente las han dividido en dos grandes categorías: las que afirman que el proceso de envejecimiento sería el resultado de la suma de alteraciones que ocurren en forma aleatoria y se acumulan a lo largo del tiempo (teorías estocásticas), y las que suponen que el envejecimiento estaría predeterminado (teorías no estocásticas).

Teorías Estocásticas

- *Teoría del error catastrófico. Orgel, 1963:* Esta teoría propone que con el paso del tiempo se produciría una acumulación de errores en la síntesis proteica, que en último término determinaría daño en la función celular. Sin embargo en la actualidad existe escasa evidencia que apoye esta teoría.
- *Teoría del entrecruzamiento:* Postula que ocurrirían enlaces o entrecruzamientos entre las proteínas y otras macromoléculas celulares, lo que determinaría el envejecimiento y el desarrollo de enfermedades dependientes de la edad. Esta teoría explica sólo algunos de los fenómenos relacionados al envejecimiento.
- *Teoría del desgaste:* Propone que cada organismo estaría compuesto de partes irremplazables, y que la acumulación de daño en sus partes vitales llevaría a la muerte de las células, tejidos, órganos y finalmente del organismo.
- *Teoría de los radicales libres. (Denham Harman, 1956):* Es una de las teorías más populares. Propone que el envejecimiento sería el resultado de una



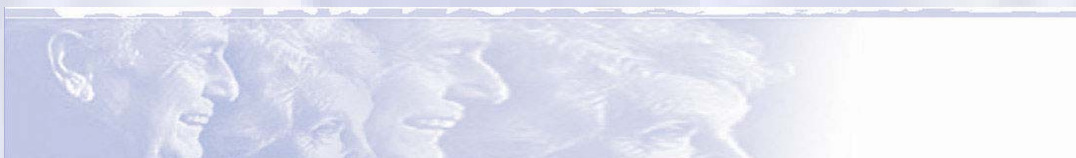
inadecuada protección contra el daño producido en los tejidos por los radicales libres. Los radicales libres son moléculas inestables y altamente reactivas con uno o más electrones no apareados, que producen daño a su alrededor a través de reacciones oxidativas. Este tipo de daño podría causar alteraciones en los cromosomas y en ciertas macromoléculas como colágeno, elastina, mucopolisacáridos, lípidos, etc. Desgraciadamente, faltan más estudios para lograr comprender más a fondo el rol de los radicales libres en el proceso de envejecimiento. Lo que sí es claro, es el importante papel que juega el daño producido por la liberación de radicales libres en ciertas patologías relacionadas el envejecimiento, tales como las enfermedades cardiovasculares, cáncer, cataratas, enfermedad de Alzheimer, y otras.

Teorías No Estocásticas (Genéticas y del desarrollo)

Estas teorías proponen que el envejecimiento sería la continuación del proceso de desarrollo y diferenciación, y correspondería a la última etapa dentro de una secuencia de eventos codificados en el genoma.

- *Teoría del marcapasos:* Esta teoría propone que los sistemas inmune y neuroendocrino serían "marcadores" intrínsecos del envejecimiento. Su involución estaría genéticamente determinada para ocurrir en momentos específicos de la vida.
- *Teoría genética:* Es claro que el factor genético es un determinante fundamental del proceso de envejecimiento, aunque no se conocen exactamente los mecanismos involucrados.

En conclusión, existe fuerte evidencia de un control genético del proceso de envejecimiento, tanto a nivel celular como del organismo en su totalidad.



DEMOGRAFIA Y ENVEJECIMIENTO

El envejecimiento ha sido un factor protagónico durante el siglo XXI. Aspectos esenciales como la intensidad y velocidad en el crecimiento de la población lo hacen realmente significativo para la sociedad, creando un desafío permanente en ámbitos sociales, económicos, médicos y familiares.

Los AM como población mundial, han experimentado un aumento sostenido, destacándose primeramente su crecimiento de 201 millones en el año 1950 a 616 millones en el año 2000. Al proyectar estas cifras al año 2025 corresponderían a una población de 1209 millones de personas entre 65 años y más.

La población chilena se encuentra en transición demográfica hacia el envejecimiento. De acuerdo a los resultados entregados por el censo del 2002, en los últimos 10 años, se ha elevado la población total del país a 15.116.435 personas. En Chile esta transición se ve reflejada en la disminución del número de nacimientos y el aumento de AM.

Hoy las personas en promedio viven más que hace 50 años, por lo que la esperanza de vida ha aumentado de 54,8 a 75,9 años; provocando un cambio significativo en el tamaño y estructura de la población y por tanto, en la familia. Esta hace esperar mayor demanda de bienes y servicios que lleven por tanto, a un envejecimiento satisfactorio.

Habiendo aumentado la población de AM chilenos en un 79,86% durante los últimos 20 años, más de la mitad de esta población se ha radicado en zonas urbanas (77,7%) y sólo un 22,3% en zonas rurales. La V región presenta el mayor porcentaje de AM del país.

La distribución por sexo a nivel nacional señala que un 44,8% son hombres y un 55,2% mujeres; en zonas urbanas esta distribución es parecida, tendencia que se mantiene a nivel regional.

Respecto a la relación al estado civil y salud del AM, las estadísticas muestran una mayor sobre vida en aquellos que están casados en comparación con los solteros. La mayoría de los adultos mayores vive acompañada, ya sea por su cónyuge, hijos o cuidador, lo que los mantiene bajo una rutina familiar permanente. En la V región, un bajo porcentaje vive en una institución geriátrica, preferentemente en establecimientos pertenecientes al Servicio de Salud Viña del mar - Quillota y el resto en hogares circunscritos al Servicio de Salud Valparaíso - San Antonio. No obstante, alrededor del 40% vive solo. Es fundamental entonces, tener una percepción más amplia de su situación vital, lo que se relaciona directamente con su actividad diaria, su calidad de vida y su nivel funcional.



Los factores que afectan la calidad de vida dentro de esta población, son las enfermedades cardiovasculares como principal causa de hospitalización, enfermedades del aparato digestivo y afecciones quirúrgicas de la vesícula biliar. Estos factores influyen en la funcionalidad de los AM provocando cierto grado de discapacidad. Las caídas como causa de hospitalización tienden a aumentar en los mayores de 75 años.

En Chile, un 8.5% de los Adultos Mayores presenta algún grado de discapacidad y a nivel regional el 8% de dicha población. En cuanto a las causas de muerte, más de un tercio son producidas por enfermedades cardiovasculares; como infarto al miocardio y derrame o trombosis cerebral. Se agregan las fallas en órganos sensoriales y aparato locomotor, depresión, caídas, incontinencia de esfínteres, entre los mas frecuentes, y que posteriormente influirán fuertemente en la creación de dependencia.

Uno de los problemas importantes en la sociedad chilena es la inequidad en la atención de salud para los AM. “Sólo los Adultos Mayores con mejor situación económica pueden hacer frente al costo de los sistemas de seguro privados”¹ ; por consiguiente es este grupo de la población el que está más protegido por una mayor y más pronta cobertura de salud. Los grupos medios o acomodados, también son afectados en el acceso a la atención de salud, porque a medida que la edad aumenta, también se incrementan las primas de los seguros privados de salud en las Isapres, especialmente al momento en que los beneficiarios jubilan y sus ingresos disminuyen. Sin embargo la mayoría de los AM son atendidos en el sector público de salud, no teniendo siempre, una atención oportuna de acuerdo a sus necesidades debido a problemas en el acceso a este servicio por excesiva demanda y falta de recursos.

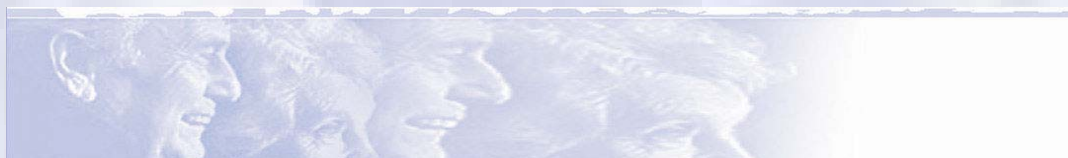
Según los datos del Censo del 2002, el 75,9% correspondiente a 924.124 AM beneficiarios pertenecen a FONASA; el 18,2% son pertenecientes a las Fuerzas Armadas y un 6,6% está afiliado al sistema de Isapres.

Esta situación exige estimular a los AM a llevar una vida lo más activa posible, nutrición adecuada y la adopción de medidas preventivas frente a problemas de salud

De este modo se espera mantener la capacidad funcional que constituye el principal indicador de bienestar y valor predictivo de la discapacidad y muerte prematura.

Con estos antecedentes es importante implementar una valoración completa de problemas y riesgos que hoy en día enfrentan los AM.

¹ Mardones, Francisco, Algunos Antecedentes sobre la Inequidad en la Situación de Salud del Adulto Mayor en Chile. Revista Médica [online]. Jul 2004



AUTONOMIA Y FUNCIONALIDAD EN EL ADULTO MAYOR

El término *autonomía* proviene de los vocablos griegos “*auto y nomos*” (ley), que significan ‘la facultad del humano para gobernar las propias acciones, la propia vida; la autonomía tiene que ver con la voluntad’²

En cambio, el término *dependencia* etimológicamente proviene del latín “*pendere-pender*” de algo o alguien. Es considerada como la necesidad del individuo de ser ayudado o apoyado para ajustarse a su medio e interactuar con él. Entonces la dependencia se encuentra circunscrita y relacionada con algún deterioro de la salud física o mental. ‘Cuando alguien precisa ayuda o suplencia para realizar alguna de las tareas de la vida diaria debido a una pérdida o disminución de su capacidad funcional, nos encontramos ante un problema de dependencia’.³

De acuerdo a lo anterior se ha comenzado a valorar el grado de autonomía que tenga cada adulto mayor, el que influye en gran medida en la calidad de vida a la que pueda acceder. En la actualidad se está considerando la autonomía como indicador del estado de salud de esta población, la que se evalúa a través de instrumentos que midan la funcionalidad.

El concepto de funcionalidad se define como “la capacidad de cumplir o realizar determinadas acciones, actividades o tareas”⁴ su pérdida puede llevar en corto o largo plazo a una dependencia, institucionalización, consumo de recursos en el ámbito social y de salud, y finalmente a la muerte.

El deterioro en la funcionalidad repercute en la salud del adulto mayor, lo que va a conducir a una serie de reacciones en cadena, como son la *limitación funcional* para realizar tareas o acciones físicas o mentales en un rango normal; posteriormente a una *discapacidad* que es la dificultad para realizar actividades básicas (ABVD) o instrumentales de la vida diaria (AIVD), y finalmente a una *dependencia*, “la cual no es una enfermedad ni un síndrome clínico, sino la consecuencia final de una serie de fracasos encadenados del equilibrio biopsicosocial del individuo”⁵

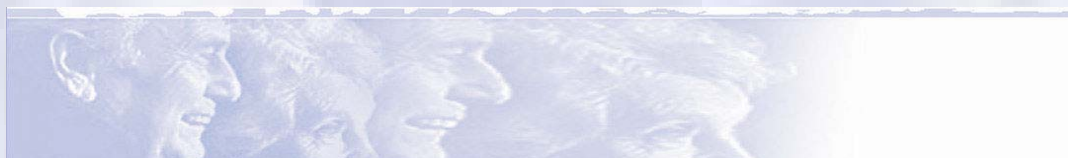
Lois M. Verbrugge, investigadora norteamericana del Instituto de Gerontología de la Universidad de Michigan ha investigado sobre la discapacidad y su aparición frente a

² Simposio Antropología de la Vejez, La Autonomía versus Dependencia en la Vejez, 2001

³ Simposio Antropología de la Vejez, La Autonomía versus Dependencia en la Vejez, 2001

⁴ Diplomado en Geriatría y Gerontología, Santiago, INTA, U. de Chile, 2001

⁵ Simposio Antropología de la Vejez, La Autonomía versus Dependencia en la Vejez, 2001



diversos procesos patológicos del AM. De estos estudios nace el flujograma que relaciona ambos fenómenos.

Flujograma de verbrugge et al⁶



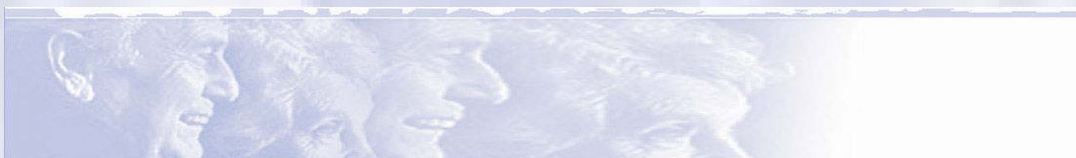
Para llegar a la dependencia existen dos vías claramente diferenciadas.

1. Ocurrencia de episodios agudos catastróficos, como un accidente vascular cerebral, una fractura de cadera o similares.
2. Interacción de procesos mórbidos múltiples, generalmente crónicos, asociados a la condición de fragilidad del AM, lo que constituye un evento insidioso, progresivo y de recurrencia frecuente, ejemplo de ellos son diabetes, hipertensión, etc.

El deterioro de la función, constituye un indicador de enfermedad en el AM; por ello es que se han creado múltiples instrumentos que permiten la evaluación de la funcionalidad, la que por lo general considera siete áreas:

1. Actividades de la vida diaria
 - a) Básicas
 - b) Instrumentales
2. Funcionalidad relacionada con la salud mental
3. Funcionalidad Psicosocial
4. Funcionalidad con respecto a la salud física
5. Recursos sociales
6. Recursos económicos
7. Recursos ambientales

⁶ Diplomado en Geriátrica y Gerontología, Santiago, INTA, U. de Chile, 2001

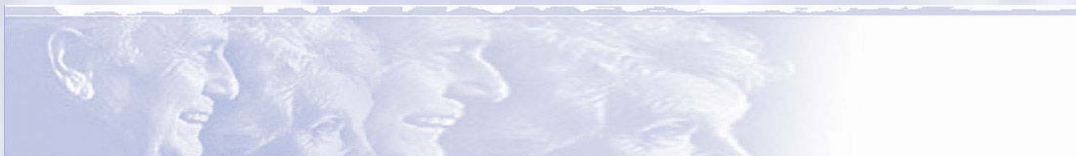


Los instrumentos o escalas de evaluación de funcionalidad que se han diseñado han abarcado cada una de estas áreas, cuyos objetivos son identificar el grado de capacidad e independencia que tiene un adulto mayor al realizar las distintas actividades de la vida diaria. En el fondo buscan medir la conservación de la funcionalidad, y por ende la calidad de vida. Entre los instrumentos más conocidos en el área de la Geriátrica se usan los siguientes:

- Índice de Katz
- Evaluación de la Funcionalidad del Adulto Mayor (EFAM)
- Mini-Mental-State
- Índice de Barthel

A continuación se describirán los más utilizados:

- Índice de Katz: Mide la capacidad básica de la persona de cuidar de ella misma, valorando el grado de independencia de los sujetos en seis de las actividades de la vida diaria que son bañarse, vestirse, alimentarse, desplazarse, ir al servicio y controlar esfínteres.
- EFAM: La evaluación de la funcionalidad del AM permite en primer lugar discriminar a las personas autovalentes de las dependientes y luego a los autovalentes con y sin riesgo.
- Índice de Barthel: Valora el nivel de independencia del paciente con respecto a la realización de algunas actividades básicas de la vida diaria asignando puntuaciones y ponderaciones según la capacidad del individuo.



FRAGILIDAD DEL ADULTO MAYOR

La fragilidad es un concepto que se está considerando en la atención del AM y se refiere a la inestabilidad y/o riesgo de pérdida de la función. Está asociada al envejecimiento por la vulnerabilidad en el sujeto al disminuir las reservas fisiológicas del organismo. La fragilidad es el resultado de la disminución de estas reservas, lo que se manifiesta en una mayor morbi-mortalidad.

Asociado a la fragilidad se encuentra el *impedimento*, que es la pérdida de la función, y ambas pueden coexistir en el adulto mayor.

Las investigaciones realizadas muestran tres trastornos orgánicos relacionados con el proceso de envejecimiento, los que sumados a los factores ambientales estarían condicionando el estado de fragilidad, éstos son:

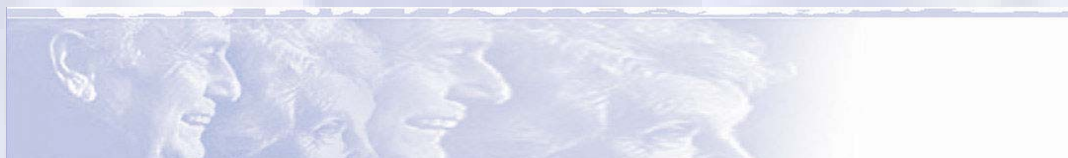
- Sarcopenia o disminución de la masa magra o muscular, lo que se evidencia en una menor velocidad al caminar, disminución del apretón de manos, debilidad, agotamiento e incremento de caídas.
- Disfunción neuroendocrina a nivel del eje hipotálamo-glándula pituitaria-glándula suprarrenal, que se expresaría en incremento del cortisol, disminución de la hormona del crecimiento, disminución de la testosterona y estrógenos. Todas estas alteraciones tendrían como consecuencia la depresión, mayor sarcopenia y trastornos de la marcha.
- Disfunción inmune, que aumentaría la susceptibilidad a procesos inflamatorios crónicos, sarcopenia y desregulación neuroendocrina.

Los factores ambientales como la baja actividad física y la pobre ingestión de calorías en mujeres, comparadas con la de los hombres las hace más vulnerables a sufrir el síndrome de fragilidad.

Los criterios utilizados para evaluar la fragilidad en el adulto mayor consideran una serie de enfoques, a saber:

Criterios de Fragilidad

- Criterio Médico
 - Enfermedades reagudizadas crónicas o agudas



- Envejecimiento Biológico
- Caídas a repetición
- Polifarmacia
- Pluripatología
- Ingresos hospitalarios recientes o repetidos
- Criterios funcionales
 - Dificultad para deambulación y la movilidad
 - Dependencia en realización de: A.B.V.D. y A.I.V.D.
- Criterios Mentales
 - Depresión
 - Deterioro cognoscitivo
- Criterios Sociodemográficos
 - Vivir solo
 - Viudez reciente
 - Mayor de 80 años
 - Pobreza

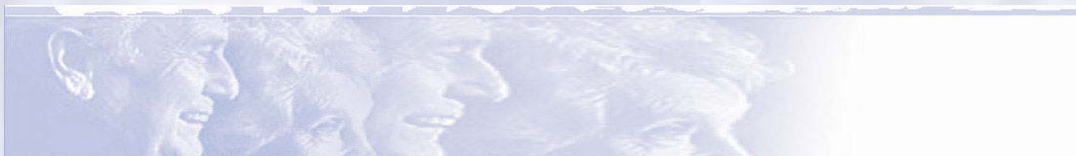
Debido a la diversidad de criterios se han seleccionado aquellos signos y síntomas que constituyen el denominado Síndrome de Fragilidad, es decir, una combinación del proceso de envejecimiento natural y una variedad de problemas médicos.

Entre los criterios para realizar el diagnóstico de fragilidad están:

- Pérdida de peso involuntario
- Sentimiento de agotamiento general
- Debilidad (medida por la fuerza de aprehensión de manos)
- Lentitud al caminar
- Bajo nivel de actividad física

La presentación de estos síntomas y/o signos disminuyen la resistencia o capacidad de los adultos mayores para responder frente a factores estresores.

Una de las herramientas que debe ser cada vez mas utilizada al atender a los adultos mayores es la Valoración Geriátrica Integral (VGI), que identifica y aborda una serie de aspectos como son los problemas físicos, funcionales, sociales y psíquicos que presentan los AM, que ayudarán a la planificación de intervenciones y a la realización de cuidados integrales.

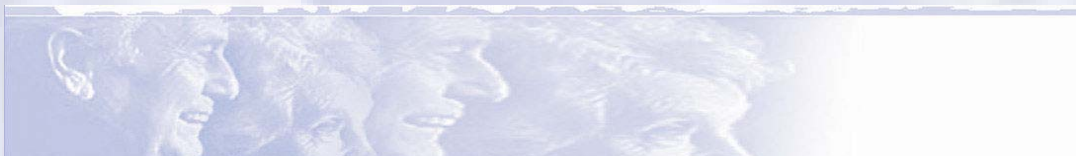


La identificación de los AM frágiles constituye una parte esencial de la evaluación geriátrica. La fragilidad aunque es reversible, puede llevar rápidamente a que ocurran efectos adversos como hospitalizaciones, discapacidad, dependencia, caídas, institucionalización y muerte.

Entre los beneficios que reporta la Valoración Geriátrica Integral se encuentran:

- Mayor precisión diagnóstica
- Reducción de la mortalidad
- Mejoría del estado funcional
- Utilización correcta de los recursos
- Disminución de la institucionalización
- Disminución de la estadía hospitalaria

Conociendo las consecuencias que pueden presentar los adultos mayores al perder su funcionalidad, es que se está considerando la Valoración Geriátrica Integral, tanto a nivel hospitalario como en atención primaria de salud, la instancia que permitirá detectar y abordar estos factores con el fin de mantener la autonomía en el adulto mayor, disminuyendo el número de años de vida dependiente y favoreciendo de esta forma su calidad de vida.



CAIDAS EN EL ADULTO MAYOR

Las caídas son problemas frecuentes en la atención de las personas mayores y constituyen uno de los llamados “*Síndromes Geriátricos*”, ya que pueden iniciar una serie de enfermedades y discapacidades con repercusiones tanto personales, sociales como económicas. En el AM es una de las patologías más prevalentes y más comunes que amenazan su independencia. Se producen como resultado de la combinación de múltiples y específicos factores, que serán descritos posteriormente.

Los motivos por los que no han recibido mayor interés se debe a que el adulto mayor suele considerar la caída como un hecho menor o un accidente banal, no se pregunta acerca de caídas en la historia clínica, en ocasiones no existen lesiones, aparentemente importantes que sean coincidentes con la caída y por último éstas se consideran como efecto inevitable del envejecimiento.

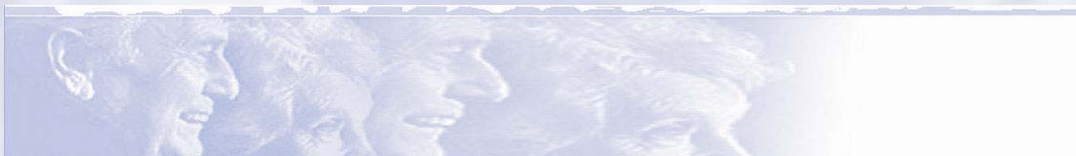
Epidemiología

Es difícil establecer datos epidemiológicos sobre caídas, por diferentes razones. Con frecuencia el adulto mayor o su familia las atribuyen al envejecimiento normal, por lo que no solicitan atención médica. Otras veces el adulto mayor las olvida y en varias ocasiones niega esos episodios para no reconocer su mayor fragilidad o por el temor a que se restrinjan sus actividades y ello suponga el ingreso a algún lugar de reposo

A pesar de que la prevalencia de las caídas puede ser estudiada desde diferentes puntos de vista, ya sea por las consecuencias que provoca (lesiones, fracturas u hospitalizaciones), se sabe que están subdiagnosticadas, ya que a veces no producen manifestaciones observables.

Las caídas son más frecuentes en las mujeres. Entre el 25 y 33% de los adultos mayores que viven en la comunidad recuerdan haber sufrido una caída en el último año, y se llega hasta un 50 % en los mayores de 80 años. Cabe mencionar que el 50 % de las personas que se caen lo hacen repetidas veces.

En estudios anglosajones se postula una tasa promedio anual de caídas que va de un 15 a un 28% en adultos mayores sanos entre 60 y 75 años. Esta cifra aumenta al 35% sobre los 75 años. Antes de los 75 años, las caídas son más frecuentes en las mujeres que en los hombres (2/1), sin embargo, la incidencia posteriormente se iguala.



En los individuos mayores de 65 años los accidentes son la sexta causa de muerte siendo las caídas la principal. La tasa de mortalidad por caídas va aumentando con la edad, siendo de 5/100.000 a los 65 años, de 150/100.000 a los 75 años, y de 525/100.000 en mayores de 85 años.

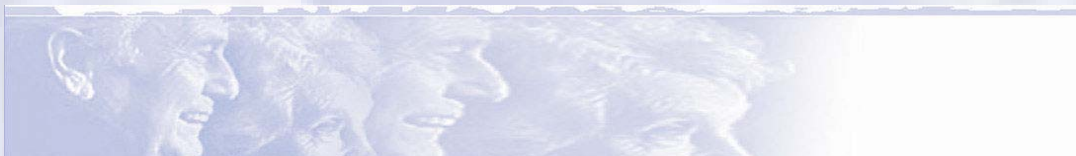
El 75% de las caídas ocurre al realizar las actividades básicas de la vida diaria (deambulación en pisos irregulares, actividad física intensa, etc.), estando sólo un 5% de ellas relacionadas con actividades peligrosas. Las caídas en el hogar suceden con igual frecuencia a cualquier hora del día, aunque suelen ser más frecuentes al levantarse y acostarse. Se estima que un tercio de los adultos mayores de 65 años que viven en su domicilio sufren una caída al año, situación que aumenta con la edad.

Según edad en los adultos mayores la distribución porcentual de las caídas va aumentando progresivamente con la edad.

Tienen mayor riesgo de caídas:

- Las personas mayores de 65 años con signos de deterioro cognitivo.
- Los AM que presentan múltiples problemas médicos.
- Las personas mayores que presentan deterioro de la capacidad funcional, en especial por problemas en la deambulación

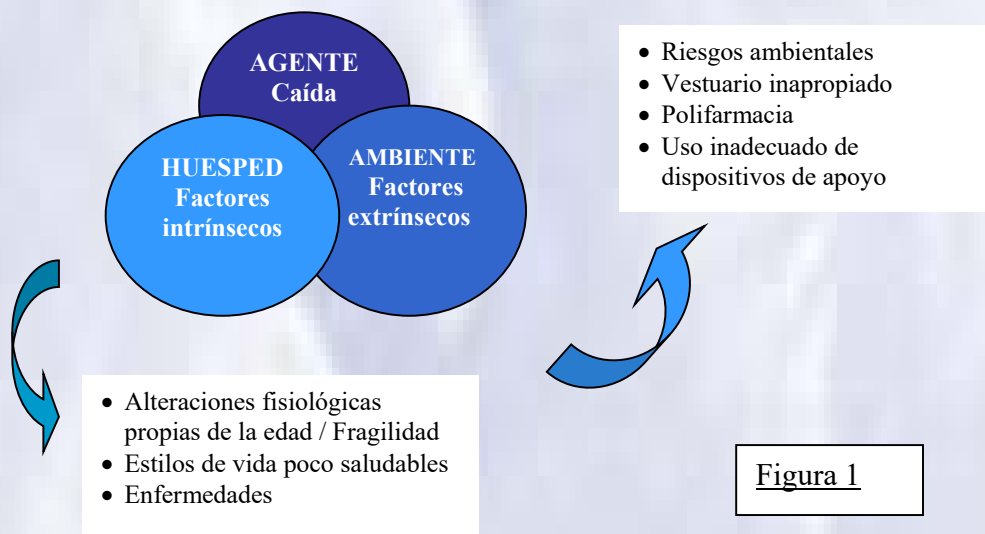
La morbilidad de las caídas es considerable y correspondería en un tercio de las hospitalizaciones a partir de los 70 años.



FACTORES DE RIESGO DE LAS CAIDAS EN EL ADULTO MAYOR

Los factores causales de una caída pueden ser intrínsecos, relacionados con el huésped, o extrínsecos, relacionados con el ambiente (Figura 1). Los factores intrínsecos incluyen los estilos de vida, los cambios fisiológicos, las enfermedades y la fragilidad. Los factores extrínsecos incluyen a su vez los riesgos ambientales, polifarmacia y uso inadecuado de elementos de apoyo. Al valorar una caída es importante recordar siempre estos dos tipos de factores y sus subtipos. Por ejemplo, en una persona que sólo ha sufrido una caída pueden estar implicados 1 ó 2 factores, mientras que en otra con caídas reiteradas, cada una de ellas puede obedecer a una razón distinta. *Sólo analizando cada caída por separado es posible adoptar un plan de conducta adecuado*⁷ para evitar que el AM vuelva a caerse y por ende, a deteriorar aún más su salud física y psíquica.

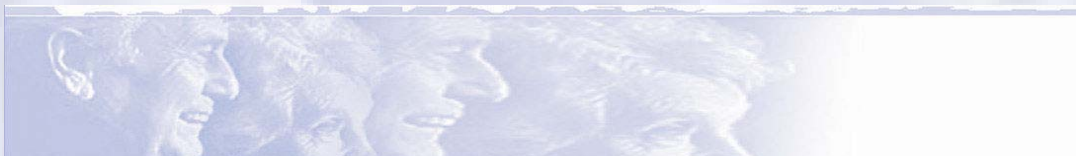
Triada epidemiológica de las caídas en el AM



Causas intrínsecas

Las causas intrínsecas son factores internos que derivan directamente de la persona que sufre la caída. Se incluyen las alteraciones fisiológicas, las patológicas (agudas y crónicas) y los estilos de vida que pueden ser precursores de una caída.

⁷ WILLIAM, B. Abrams M.D. y otros ed.
El Manual Merck de Geriátría; diagnósticos generales



- *Alteraciones fisiológicas*

Entre los cambios más importantes están la disminución de la visión y audición, daño en el sistema propioceptivo y aparato locomotor, debilidad muscular y alteraciones de la marcha.

- *Alteraciones patológicas*

Existen ciertas enfermedades tanto crónicas como agudas que aumentan el riesgo de caídas, entre éstas están las enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares y neurológicas, alteraciones cognitivas, hipotensión ortostática y la osteoporosis.

- *Estilos de vida*

Los estilos de vida también influyen; entre éstos se encuentran el consumo de alcohol, el tabaquismo, la malnutrición (obesidad o desnutrición) y la falta de actividad física.

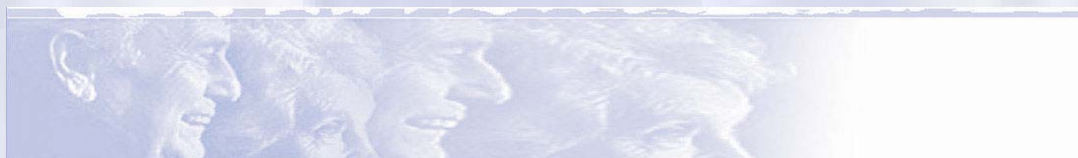
Causas extrínsecas

- *Riesgos ambientales*

En la comunidad, la mayoría de las caídas ocurren en la casa, sobre todo en las escaleras, los dormitorios y el baño. Entre las actividades más comúnmente asociadas a las caídas, se encuentran el levantarse y acostarse en la cama, sentarse y levantarse de la silla, tropezar con objetos que se encuentran en el suelo, resbalar al caminar sobre superficies húmedas o al bajar las escaleras.

Las sillas y las sillas de ruedas se han implicado en los episodios de caídas debido a un diseño inapropiado o a una técnica de traslado incorrecta mientras la persona se sienta y se levanta. Otras causas de caídas son los tropiezos con sillas difíciles de ver y con los reposapiés de las sillas de ruedas, así como la falta de activación de los frenos de éstas al levantarse.

No solamente estos factores ocasionan caídas. Investigaciones demuestran que la mayoría de los AM pacientes de hospitales y residencias se caen los primeros días de su estancia, lo cual indica que la caída se debe quizás a factores como la ansiedad ante el nuevo ambiente y el no estar familiarizado con la distribución espacial, lo cual siempre debe ser considerado cuando un AM se cambia de residencia o se redistribuyen los muebles de su hogar. Por ello, se recomienda “*que el adulto mayor tenga un conocimiento cuidadoso de las medias de distancia, ancho, alto y profundidad tanto de*

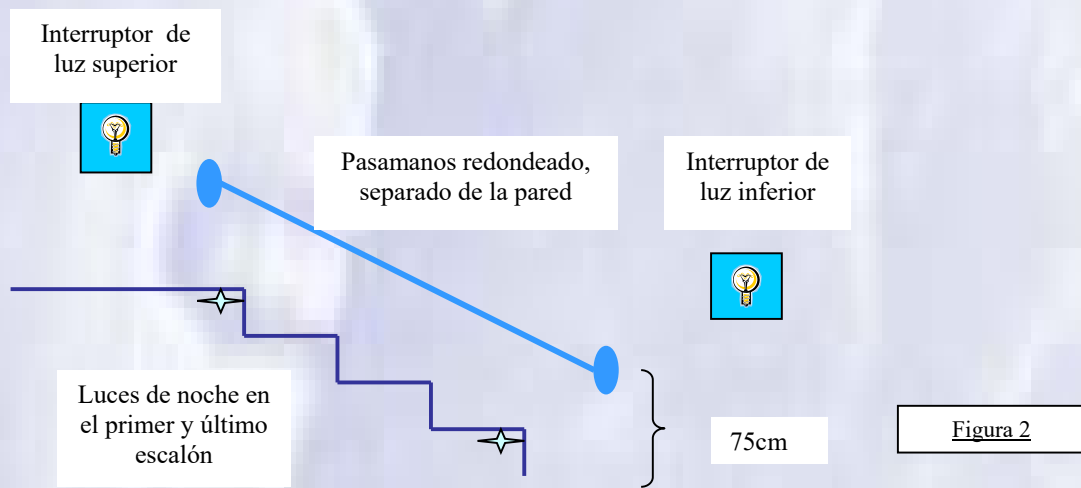


los espacios que recorre, como de los objetos que usa”⁸ de esta manera, disminuye la ansiedad ante lo desconocido, y puede moverse con más seguridad y confianza.

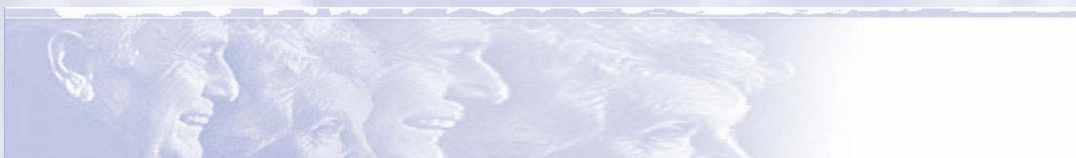
Un buen plan de prevención de caídas debe incluir, por ejemplo, el suelo, el cual no debe estar húmedo ni excesivamente encerado. Deben evitarse las alfombras demasiado gruesas o los choapinos que no estén sujetos al piso. Una buena idea es poner una delgada capa de esponja pegada bajo la alfombra. La iluminación deberá regularse mediante interruptores de pared de fácil acceso y con color distinto al de la pared para que el AM pueda verlos de inmediato. También debe eliminarse el brillo encandilante procedente de la luz solar o de suelos demasiado encerados.

Las escaleras deben estar suficientemente iluminadas y con interruptores de luz situados tanto en el extremo superior como en el inferior. La colocación de luces de noche en el primero y en el último peldaño proporciona al AM una referencia muy útil cuando suba o baje de noche. Para delimitar los peldaños es útil colocar cintas adhesivas antideslizantes al borde. También es bueno saber el número de escalones para contarlos al subir y sobre todo al bajar.

La instalación de pasamanos en ambos lados de la escalera es de gran ayuda para que los AM puedan transitar por ellas fácilmente. Éstos idealmente deben tener forma redondeada, estar situados a aproximadamente 75cm del nivel de las escaleras y en la pared, pero lo bastante alejados de ésta para poder asirse a ellos. Los extremos de los pasamanos deben tener una forma especial para indicar que se ha llegado al principio o al final de la escalera (Figura 2). Finalmente, hay que reparar o cambiar las alfombras gastadas de los peldaños.



⁸ WILLIAM, B. Abrams M.D. y otros ed. Manual Merck de geriatría



En el cuarto de baño, las barandas para las toallas han de sustituirse por asideros antideslizantes firmemente sujetos a los tabiques de las paredes para que no puedan soltarse al afirmarse de ellos. La utilización de tazas elevadas, así como de manillas y barandas en ésta y en la pared, sirve para reducir al mínimo las caídas. Deben instalarse asideros antideslizantes en el borde de la bañera y en la ducha, en cuyo suelo es oportuno colocar bandas de goma adhesiva antideslizante o esteras con ventosas. Si el AM no tiene resistencia suficiente para permanecer de pie un tiempo prolongado, deben colocarse también sillas de ducha o de baño.

El AM se puede caer al acostarse y/o levantarse de una cama con un somier deformado, demasiado alta o muy baja. Para trasladarse con seguridad de la cama al suelo y viceversa, la altura aproximada desde el extremo superior del colchón hasta el suelo debe ser de 45cm. La altura de las sillas debe también adecuarse para que, cuando el AM esté sentado, sus pies descansen sobre el suelo con las rodillas flexionadas en 90°. Los reposabrazos deben ser horizontales, estar situados a aproximadamente 18cm por encima del asiento y rebasar el extremo de éste unos 3-4cm para permitir el máximo equilibrio (Figura 3).

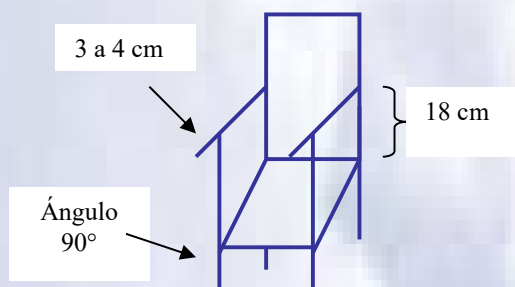


Figura 3

Los estantes situados demasiado altos o bajos pueden contribuir también a que el AM pierda el equilibrio cuando inclina el cuerpo para coger objetos. Los utensilios de uso frecuente deben, por lo tanto, colocarse a niveles que permitan su acceso sin tener que flexionar el cuerpo o encaramarse excesivamente. Los estantes de la cocina y de los armarios deben estar situados a un nivel comprendido entre la altura de la cadera y la de los ojos (Figura 4). La utilización de agarra objetos manuales o dispositivos especiales ideados con ese fin permite al AM alcanzar objetos situados en lugares demasiado altos o bajos sin poner por ello en peligro su seguridad.

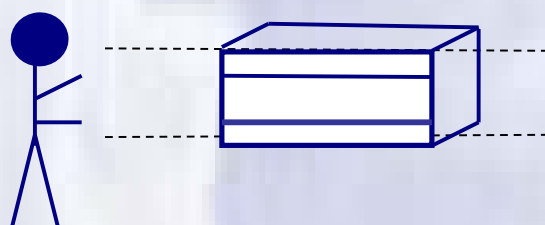
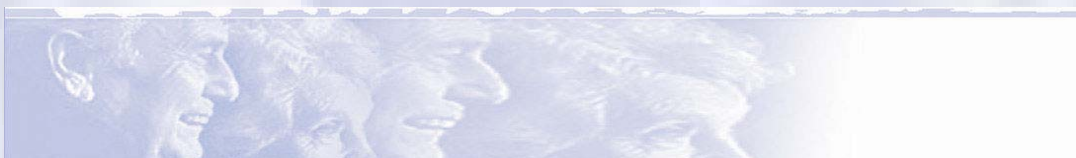


Figura 4



Los animales domésticos deben considerarse también como un importante factor de riesgo ambiental intradomiciliario. Muchas veces los AM caen al tropezar con sus mascotas tales como gatos o perros pequeños. Es útil en estos casos colocar campanillas en los collares de los animales, sobretodo si éstos habitan en el interior de la casa, son de color oscuro y/o el AM tiene una dificultad visual considerable.

Tanto dentro como fuera del hogar debe considerarse además el vestuario que utiliza a diario el AM. Este debe ser de su talla exacta, de modo que la excesiva holgura no produzca tropiezos ni entorpezca las maniobras y también debe ser lo suficientemente cómodo para que no apriete ni de la sensación de ahogo al quedar demasiado estrecho.

Otro punto importante es el calzado, el cual debe ser por sobre todo blando y liviano, del número exacto del AM ni más grande ni más pequeño y permanecer siempre muy bien atado, aunque sin presionar demasiado el pie. Se recomienda además, evitar al máximo el uso de tacones de cualquier tipo y preferir zapatillas o zapatos planos con suela antideslizante.

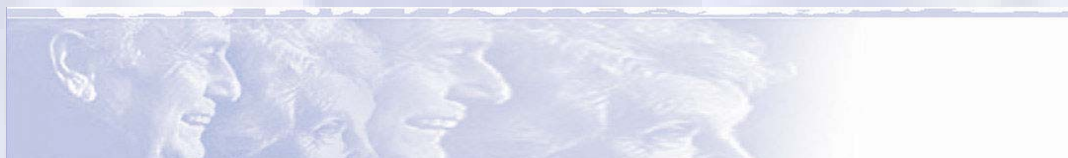
También es importante destacar los riesgos ambientales que encuentra el AM en la vía pública, y considerar que éstos no son modificables como los que encontramos dentro del hogar. Es por ello que la única forma de hacerles frente es conociendo muy bien el entorno, tanto sus peligros como los lugares seguros, respetar las señalizaciones del tránsito y evitar salir de la casa en horarios peak, donde la gran cantidad de gente y vehículos circulantes, pueden causar choques y/o tropiezos que terminen en una caída.

- Polifarmacia

Polifarmacia es la utilización de tres o más fármacos simultáneamente por la persona que los consume. Esto se incrementa muchas veces con el consumo no prescrito, duplicación de las dosis, utilización de medicación contraindicada, utilización de fármacos que presentan interacciones y uso de medicamentos para tratar las reacciones farmacológicas adversas.

Los adultos de más de 60 años representan un grupo de alto consumo de medicamentos, siendo la razón principal. La alta prevalencia de enfermedades crónicas; además del uso de fármacos para disminuir o atenuar los signos propios del envejecimiento.

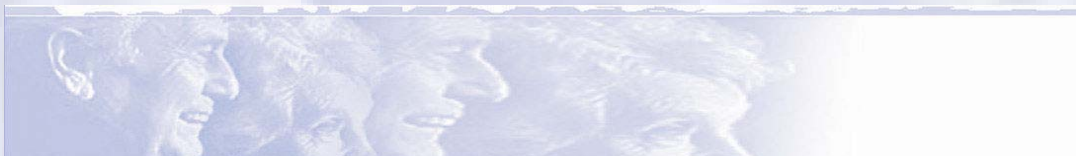
Los problemas relacionados con la polifarmacia son frecuentes en el adulto mayor, reflejándose en un gran número de consultas médicas, ya que en general el AM atribuye síntomas y signos propios de la polifarmacia a su patología de base o al proceso de envejecimiento.



En el envejecimiento intervienen factores biológicos que determinan cambios orgánicos y funcionales asociados a modificaciones psicosociales. Estos cambios se ven afectados negativamente por el uso simultáneo de varios medicamentos, ya que el organismo del adulto mayor no asimila de la misma manera los componentes y metabolitos de los fármacos, como lo hace el organismo de una persona joven.

Los cambios producidos por el envejecimiento que modifican las variables en la farmacocinética en los adultos mayores son:

- Alteraciones en la proporción corporal de grasa, músculo y agua; El tejido adiposo aumenta en los adultos mayores, en promedio en ambos sexos en un 18 a 50%. A su vez, el tejido muscular y el agua circulante disminuyen. Esto provoca que el adulto mayor sea más sensible a fármacos hidrosolubles por menor cantidad de agua en su organismo, por lo que se retarda su acción; pero a la vez, se prolonga la acción de los fármacos liposolubles por acumulación de éstos en el organismo.
- A nivel de la circulación se produce una disminución de la perfusión sanguínea a los tejidos por disminución del gasto cardiaco. A los 65 años aproximadamente, el flujo sanguíneo que debe llegar al hígado es menor; en los riñones se disminuye el flujo sanguíneo, por lo que también disminuye la tasa de filtración glomerular y por último, hay una concentración en la orina conservando el sodio plasmático, lo que facilita la deshidratación ya que el AM no lo compensa con el mecanismo de la sed. Todos estos déficits de la función hepática y renal pueden producir concentraciones plasmáticas de fármacos elevadas, por lo que se aumenta su efecto en el organismo.
- A nivel gastrointestinal se produce una disminución en la acidez gástrica, retardo en el vaciamiento del estómago y disminución de la superficie de absorción, lo que se traduce en un enlentecimiento y un retraso en la aparición de la acción terapéutica que debería tener este fármaco.
- A nivel más específico aún, los cambios propios del envejecimiento producen modificaciones a nivel del transporte activo y pasivo en el organismo, por lo que se ve aumentada la concentración sérica de los metabolitos de los fármacos.
- Se agregan las reacciones adversas a medicamentos (RAM), ya que la incidencia de éstas es difícil de cuantificar puesto que su identificación es compleja. No obstante, la identificación precoz de éstas permite efectuar acciones oportunas y eficaces, que se traducen en una disminución de la tasa de abandono de la terapia y en la prevención de complicaciones derivadas del evento adverso, como son las caídas.



Las RAM son mucho más frecuentes en los adultos mayores debido a la suma de factores predisponentes, como la edad, el estado nutricional, la pluripatología, la polifarmacia, las dosis y duración del tratamiento, el incumplimiento en la terapia, la automedicación, múltiples consultas médicas y los hábitos nocivos, entre otros.

Los grupos de medicamentos implicados con mayor frecuencia en la aparición de RAM y los que se más se asocian a las caídas son:

- Los antihipertensivos que producen hipotensión ortostática con mayor frecuencia.
- Los diuréticos utilizados principalmente como hipotensores también pueden producir hipotensión ortostática, deshidratación y nicturia, dependiendo de la hora en que el AM consume el fármaco, lo cual también es un factor de riesgo.
- Los antidepresivos tienen efectos anticolinérgicos, hipotensión ortostática, sedación, somnolencia, alteraciones cognitivas y confusión.
- Los antipsicóticos producen somnolencia, pseudoparkinsonismo, trastornos de la marcha y confusión.
- Los hipnóticos y ansiolíticos causan somnolencia, confusión, mareos, insomnio (desinhibición paradójica).

Las reacciones adversas más frecuentes son la hipotensión ortostática y la confusión. Ambas condiciones pueden provocar que los AM pierdan el equilibrio y se precipiten al suelo, provocándose lesiones traumáticas desde leves a graves e incluso la muerte.

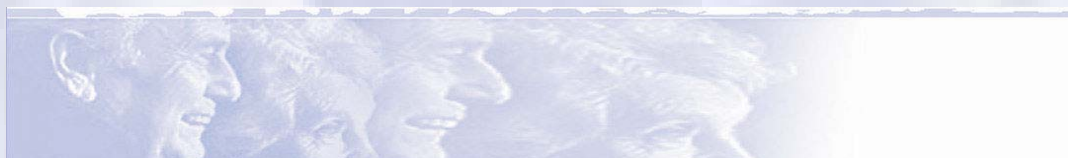
La interacción entre dos o más fármacos de los descritos pueden provocar un aumento significativo de las RAM en cuanto a su número y su efecto en el AM, lo que genera un factor de riesgo aún más importante para las caídas.

- Instrumentos de apoyo

Los instrumentos de apoyo son todos aquellos elementos necesarios para el tratamiento de la deficiencia o discapacidad, con el objeto de lograr la prevención o rehabilitación frente a limitaciones funcionales mejorando su calidad de vida.

Están destinados a facilitar la realización de actividades concretas de la vida diaria, sin los cuales los individuos afectados no serían capaces de realizarlas o necesitarían un gran esfuerzo para conseguirlas. Estos accesorios proporcionan a las personas afectadas autonomía y comodidad en ciertas labores de la vida diaria, debiendo ajustarse a las necesidades individuales de cada persona.

Sin embargo el diseño adecuado al entorno no puede modificar la discapacidad de una persona, pero sí puede evitar que el individuo afectado pase de discapacitado a



incapacitado, o al menos hacer que su minusvalía sea mínima, teniendo en cuenta aspectos ergonómicos tradicionales que son solucionables en potencia, como por ejemplo, acceso y alcance a ciertos objetos y holgura, entre otros.

Los AM son el grupo de personas que más utilizan instrumentos de apoyo y éstos representan ayudas ortopédicas para realizar ciertas funciones; dentro de estos instrumentos se encuentran

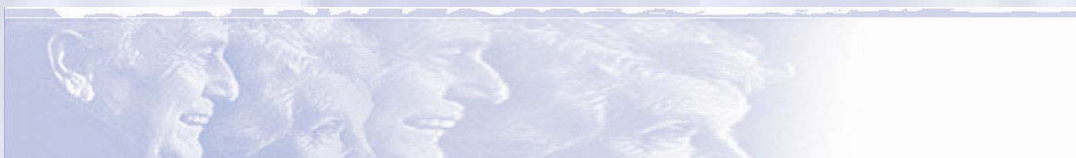
- Bastón: Palo o vara, normalmente con puño y contera (goma en el extremo inferior) que sirve para apoyarse al andar. Su longitud es importante y debe adaptarse a la distancia entre el pliegue de la muñeca y el suelo.
- Audífonos: Aparato electrónico cuya función es amplificar el sonido tal manera que permita a una persona con daño auditivo utilizar su audición restante de forma efectiva.

Alrededor de trescientos catorce personas, de más de sesenta y cinco años, por cada mil, sufren alguna pérdida de la audición que varía desde leve a grave. Estas personas pueden beneficiarse con el uso de los audífonos; no obstante, se tienen datos de que sólo una de cada cinco personas que en realidad necesitan audífonos, dispone de ellos.

Considerando lo anterior se deduce que sólo un bajo porcentaje de AM utilizan audífonos para compensar el principal problema de audición que los aqueja, como la presbiacusia, producida por el envejecimiento. A medida que las personas envejecen, muchas de las células del oído interno se dañan o desaparecen por lo que disminuye la agudeza para percibir sonidos.

- Anteojos: Aparatos mecánicos que corrigen errores de refracción como la *miopía*, la *hipermetropía* y el *astigmatismo*. Los anteojos realizan su función por medio del aumento o la disminución del poder que tienen la córnea y el lente del ojo para enfocar.

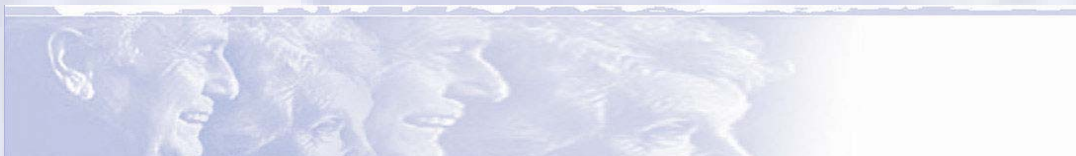
El tipo de anteojos se puede clasificar de acuerdo al foco de visión que presenten, es así que existen los lentes monofocales, los cuales presentan graduación adecuada para ver de cerca; sin embargo presentan un inconveniente ya que, al levantar la vista se ve desenfocado lo que está lejos o a distancias intermedias, pudiendo producir ciertas sensaciones de vértigo; existen también los bifocales que permiten ver de cerca a través de la parte inferior y de lejos a través de la parte superior y los multifocales que permiten ver bien a cualquier distancia, simplemente variando la inclinación de la cabeza.



De acuerdo a la finalidad del estudio, todos estos instrumentos de apoyo también pueden provocar caídas en los AM debido al mal uso que se hace de ellos, como por ejemplo el uso de bastón a una altura menor a la que corresponde con respecto a la talla de la persona que lo utiliza o el uso del bastón sin contera de goma que impida el deslizamiento de éste en la superficie del suelo.

El uso de anteojos en mal estado, sucios o simplemente aquellos que no son prescritos por un médico pueden provocar que el AM sufra una caída ya que no están cumpliendo con el objetivo principal de proporcionar una mejor visión. No hay estudios concluyentes con respecto a qué tipo de anteojos provocan mayor número de caídas, pero se tiene en consideración que los anteojos monofocales y los bifocales podrían ser los que con mayor frecuencia las producen, debido por una parte, a la graduación única de los lentes monofocales que pueden producir vértigo una vez que la persona levante la cabeza y distinga objetos a distancia, y por otra, a la diferente graduación que tiene el mismo lente como en el caso de los bifocales que son para mirar de cerca y lejos.

El uso inadecuado de audífonos puede provocar mareos y vértigo en los AM, a lo que sigue la pérdida de equilibrio y la consecuente caída.



CONSECUENCIAS DE LAS CAIDAS EN EL AM

Las consecuencias de las caídas en los AM toman vital importancia tanto en la morbimortalidad, como en el aspecto económico de los afectados, lo que genera una necesidad médico- social⁹.

Este impacto puede generar daño físico directo, como lesiones o muerte, aumento de la dependencia y pérdida del autocuidado, llegando a precisar de cuidadores y/o institucionalización en residencias. Los efectos psicológicos pueden ser muy graves, incluso en ausencia de lesiones físicas significativas.

Es así como el 10 a 20% de los AM que sufren caídas necesitarán atención médica y entre el 2 y 6% tendrán como consecuencia algún tipo de fractura. Cobran gran importancia dentro de las consecuencias de las caídas las lesiones graves que se presentan entre el 6 y 14% de ellas, generando incluso la muerte. Se registran 2.2 decesos por cada 100 lesiones causadas por caídas en los AM.

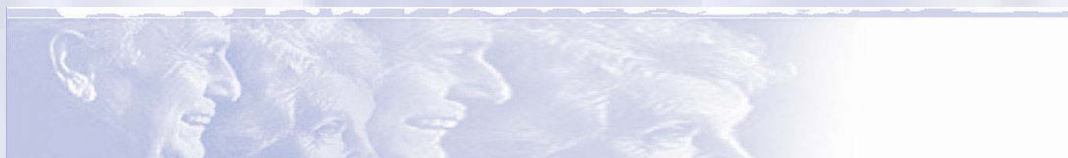
La pérdida de confianza en si mismo para la deambulacion y el temor a caer pueden generar limitaciones funcionales que posteriormente provocarán dependencia en el AM.

Estas consecuencias se pueden dividir en dos grandes grupos.

Consecuencias de las caídas.	
Inmediatas.	Mediatas / Largo plazo.
<ul style="list-style-type: none">▪ Fracturas.▪ Heridas.▪ Esguinces, luxaciones.▪ Hospitalización.▪ Inmovilismo y sus complicaciones.▪ Delirium.▪ Conmoción cerebral.▪ Hematoma subdural.▪ Muerte.	<ul style="list-style-type: none">▪ Síndrome Post caída.▪ Deterioro funcional por dependencia.▪ Restricción de la actividad.▪ Aislamiento.▪ Depresión.▪ Ansiedad.▪ Institucionalización.

Fuente: Revista Española de Geriatria y Gerontología, 1ª edición año 29 de publicación, 1994.

⁹ García y Parra 1999.



Las consecuencias más frecuentes que resultan de las caídas son:

- **Traumatismos**

De todas las caídas un 2 a 10% tienen como consecuencia una o más fracturas, las cuales por orden de frecuencia se encuentran en los huesos del antebrazo, húmero y cadera.

Las fracturas representan un gran problema de salud para los AM, siendo particularmente graves las fracturas de cadera, en las cuales la incidencia aumenta en relación a la edad, provocando cambios significativos en la vida de los afectados y constituyendo un costo económico alto para el propio paciente y el país.

La fractura de cadera se puede definir como la pérdida de la continuidad de la zona cortical del hueso, entre la epífisis proximal del fémur y un plano ubicado por debajo del trocánter menor.

Se considera que la mayoría de las caídas que llevan a las fracturas de cadera son causadas por el desequilibrio postural, el cual está íntimamente relacionado con la información visual, vestibular, propioceptores y órganos mecano receptores, por lo tanto, cualquier alteración de estos sistemas, provocará una disminución de la capacidad de equilibrio del AM.

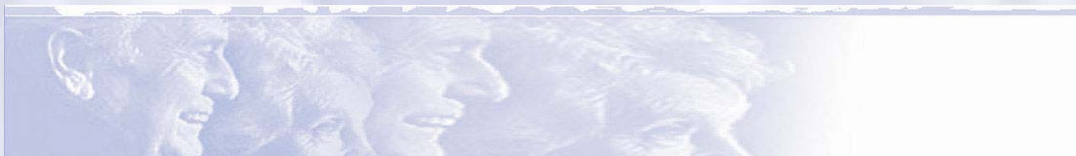
- **Lesiones de partes blandas**

Ante una eventual caída, los AM están más propensos a sufrir luxaciones o desgarros producidos por las contusiones sin producir una herida en la piel; se presentan generalmente por el grado de potencia muscular disminuida, agotamiento físico, descontrol muscular etc.

Los síntomas más comunes son el dolor intenso en la zona lesionada, sensación de desgarro profundo, impotencia funcional que en general es absoluta y deformidad por aumento de volumen, edema y hematomas.

- **Lesiones neurológicas**

Las hemorragias y hematomas intracraneos acarrear graves consecuencias para el AM. A diferencia de otros órganos, el encéfalo tiene altos requerimientos energéticos y mantiene autorregulación de su circulación, que se altera con el traumatismo.



Dentro de las principales complicaciones neurológicas producto de las caídas en los AM se encuentran:

- *Contusión cerebral*

Lesión estructural del parénquima cerebral de origen traumático que generalmente se presentan en las porciones más elevadas de las circunvoluciones como resultado del trauma directo del cerebro. Su sintomatología depende de la localización y tamaño de las contusiones, aunque pueden ser asintomáticas.

- *Hematomas intracraneanos*

Los de origen traumático son el resultado de confluencia de múltiples zonas de contusión; la gravedad dependerá del tamaño que alcancen y de la presión que produzcan sobre las estructuras vecinas.

Estudios han demostrado que existe una correlación entre el aumento de la presión intracraneana y la mortalidad, la que también se eleva con la edad y es de un 69% en los mayores de 60 años.

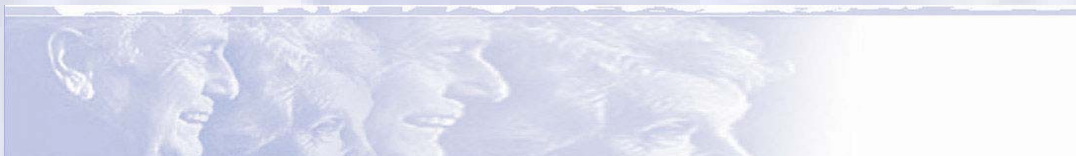
- **Síndrome post caída**

El Síndrome post caída es el miedo a caerse y pérdida de confianza en las propias capacidades físicas. Este hecho se presenta en alrededor del 50% de AM que presentan una caída.

Un AM que cae tiene veinte veces más riesgo de volver a caer que alguien que no ha caído nunca. Se suma a esto la alarma que genera en la familia del AM, la que lo empieza a invalidar, negándole muchas veces la posibilidad de realizar actividades por sí solo, lo que es el preámbulo del llamado “Síndrome post caída”, el que puede traer consecuencias en la autovalencia comparables con una fractura de cadera, pero con una incidencia mayor de un 25% v/s 1 a 5%.

Existen factores limitantes físicos y psíquicos, relacionados con este síndrome, que constituyen un círculo vicioso, ya que sumado al miedo a caer, que está siempre presente por la angustia y humillación que se genera especialmente cuando el paciente ha necesitado ayuda para pararse, se suma un temor a salir solo, incluso a moverse en su propio hogar, lo cual puede llevar en algunos casos a la depresión reactiva.

Desde el punto vista físico, la pérdida de movilidad es producida inicialmente por los dolores físicos ocasionados por la caída. A esto se agrega el síndrome de inmovilidad



provocado por el miedo a moverse, produciendo pérdida de masa muscular y rigidez, generando descoordinación de la marcha.

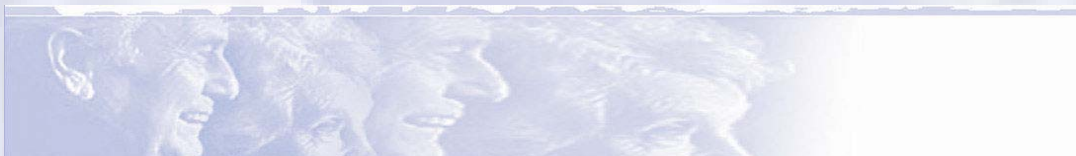
Este problema además puede gatillar cambios en los hábitos de vida, disminución de los contactos sociales, aumento de las necesidades de cuidadores familiares o externos, retraimiento y pérdida importante de la autoestima, llegando a la incapacidad de mantenerse en pie o simplemente a afirmarse de todo lo que se encuentre a su paso.

- **Consecuencia social. Dependencia y Fragilidad**

La sobreprotección que proporciona la familia de un AM que se cae por primera vez, al restringirle la realización de actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, hace aumentar la pérdida de movilidad, llevándolo a la dependencia, lo cual conduce en muchos casos a la institucionalización.

De esta manera surge la dependencia como una de las principales consecuencias de las caídas en los AM. En todos los países, al igual que en Chile, al mejorar las condiciones de vida y la atención de salud, debiera ocurrir una compresión de la morbilidad, esto significa que las enfermedades habrían de presentarse cada vez más tarde en la existencia y cada vez por períodos más cortos. Sin embargo, conforme se desplaza el inicio de las enfermedades no prevenibles como los padecimientos demenciales, la osteoartritis y el deterioro sensorial, aumenta la incidencia de enfermedades mortales prevenibles como las caídas. Siendo la repercusión funcional de la enfermedad un indicador altamente significativo, debe ser considerado en la planeación asistencial y en la asignación de recursos locales.

En última instancia el deterioro funcional conduce paulatinamente a la fragilidad del individuo, volviéndose más vulnerable y menos recuperable, lo que hace que se transforme en un AM dependiente. De tal manera la fragilidad es un factor que se debe considerar dentro de la esfera integral de asistencia a los AM, ya que no sólo depende de su salud física, sino que también abarca su situación social y su estado mental. La fragilidad se gesta a lo largo de los años y su consecuencia principal y de importancia es la dependencia en varios niveles, desde la económica, la afectiva y eventualmente la física, que puede llevar a comprometer el desempeño de las más elementales actividades de la vida cotidiana y estar más vulnerable al riesgo de caídas. La merma de la capacidad funcional y la consiguiente dependencia conducen a un considerable deterioro de la calidad de vida. Por otra parte, la dependencia tiene un costo social que se expresa inicialmente en el nivel familiar, que ha de ser reconocido por el Estado y abordado para brindar el necesario apoyo de la manera más eficiente posible, buscando siempre la recuperación, o por lo menos el mantenimiento del nivel funcional.



- **Institucionalización**

El cambio de la estructura y composición familiar significa una serie de problemas para la vida del AM, como el aislamiento, la soledad, la marginación social y la insuficiencia económica. Por otro lado, la prevalencia de las enfermedades crónicas y de los procesos incapacitantes como consecuencia de una caída, así como la mayor incidencia de las enfermedades agudas, dan como resultado el perfil del anciano frágil, con un incremento de la demanda sanitaria y social. La necesidad de un entorno protector en las fases avanzadas de la vida y justificada por la fragilidad de la mayoría de los AM, ha llevado al desarrollo de instituciones geriátricas.

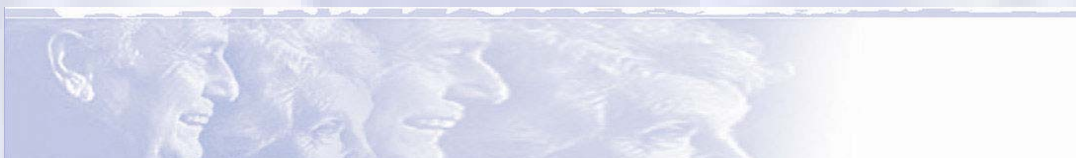
El adecuado manejo que los AM dependientes requieren en los cuidados a corto o largo plazo, se puede realizar en la vivienda propia o en las instituciones (hogares o casas de reposo). Lo observado en los países más desarrollados es que la mayoría de los AM pretende permanecer en su propia vivienda, para lo cual se han desarrollado programas de apoyo para ellos y sus familiares con el fin de evitar o retardar el ingreso a una institución de larga estadía. A pesar de lo anterior, este tipo de cuidado institucional es una realidad y su número se incrementa cada año en todos los países.

En Chile hay un total de 1668 residencias de AM. La posibilidad de vivir institucionalizado es de 1.56%, aumentando con la edad en el sexo femenino un 0.87% entre los 60 y 74 años; un 2.5% entre los 75 y 84 años y un 6.1% entre los 85 años y más¹⁰.

Los usuarios de estos centros son principalmente mujeres viudas, con discapacidad funcional, lo cual se debe especialmente a que las mujeres tienen una expectativa de vida al nacer mayor que los hombres, alcanzando en Chile 6 años más que los varones (79 años para las mujeres y 73 años para los hombres) un tercio son mayores de 85 años y la mayoría tiene demencias o trastornos conductuales, o requieren ayuda en las actividades de la vida diaria (AVD).

Los estudios demuestran que los AM institucionalizados presentan un menor apoyo familiar, social y económico, y se ha demostrado que a mayor edad hay un aumento sostenido de la fragilidad, una mayor necesidad de apoyo en AVD y mayor deterioro cognitivo, hechos que podrían relacionarse con mayor riesgo de ingresar a una institución de larga estadía.

(10) Censo año 2002 (Fuente INE)



Las metas de la atención en los hogares geriátricos deben estar enfocadas a la prevención, identificación y tratamiento de enfermedades crónicas, subagudas y agudas, considerando siempre al AM con una visión que tiende a la independencia funcional, autonomía, calidad de vida, comodidad y dignidad.

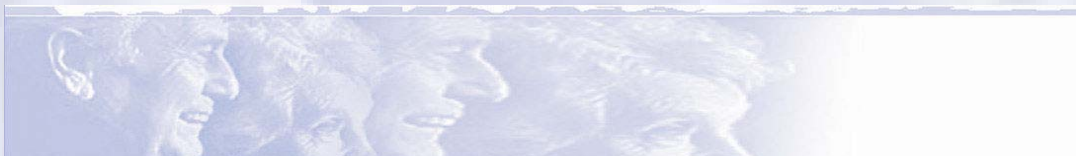
- **Impacto económico familiar y nacional**

El impacto económico a nivel nacional y familiar producto de un proceso invalidante, genera un alto costo hospitalario y una pesada carga económica para el afectado y su familia.

Los AM son el grupo etéreo que más rápidamente crece en el mundo y que más desafíos plantea a las sociedades modernas, siendo lo fundamental la calidad de vida. Este es un concepto complejo que involucra variables físicas, psicológicas, ambientales, sociales y culturales. La capacidad del funcionamiento físico, la percepción del estado de salud, el significado que se atribuye a la vejez, el apoyo social instrumental (tener a quien recurrir en caso de problema o necesidad) y la realización de actividades como leer, salir de casa y hacer ejercicios, son algunos de los factores asociados a la calidad de vida del AM. La variable que más impacta a la calidad de vida de la tercera edad es el nivel socioeconómico, lo cual genera insatisfacción por la precariedad del ingreso, siendo un factor fundamental que influye en el bienestar.

Según la encuesta Casen del 2003, el 8% de los AM viven bajo la línea de la pobreza. El 6.4% es pobre y el 1.6% indigente. La mayor cantidad de pobres radica en la VIII región, casi 28%, seguida por la IX, 27% y la IV con casi 23%. En la región metropolitana la proporción es más baja, corresponde al 11.5%, pero dado el fenómeno de concentración del país en la capital, significa que viven alrededor de 500.000 AM, de los cuales casi el 18% son pobres. Esta situación pone en riesgo la calidad de vida de la tercera edad, especialmente porque es en esta etapa donde se produce la caída brusca del ingreso y el aumento de necesidades que no están contempladas en el diario vivir, como son los medicamentos, horas médicas, etc.

El AM es un sujeto vulnerable en muchos sentidos y uno de ellos es que enferma con mayor frecuencia que otros grupos de edad. Aproximadamente el 75% de todos los AM del país son beneficiarios del sistema de salud público, de éstos, 2/3 tienen derecho a recibir atención gratuita en los establecimientos estatales (FONASA grupos A y B). De este modo se puede asegurar que el 50.1% de los AM del país dependen del Estado para recuperar su salud, cuya carga aumentará en el bicentenario.



La perspectiva del equipo de salud da cuenta de la falta de servicios de salud especializados en AM, tanto a nivel de recursos humanos debidamente entrenados como de establecimientos de atención primaria o de mayor complejidad. Persiste todavía, aunque en menor grado, la tendencia curativa del modelo de atención, que favorece largas hospitalizaciones, las que generan otros problemas adicionales, tales como aumentar sus dificultades locomotoras, exceso de consumo de medicamentos y lo que es más grave, predispone a la desvinculación de la familia.

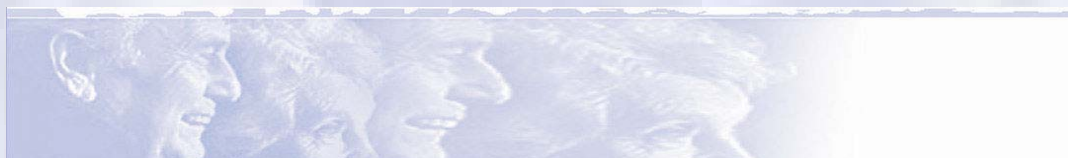
- **Síntomas depresivos**

El bienestar psicosocial y mental identifica la relación que tiene la persona consigo misma, con los demás y con su entorno. Es así como la salud mental proporciona a la persona la capacidad para enfrentar la vida diaria, mantener relaciones interpersonales gratificantes, tener confianza en si misma y desempeñar el rol que le corresponde en la sociedad. Una expresión de salud mental es encarar la vida con optimismo, valor, confianza, generosidad, respeto y tolerancia hacia los demás. Dentro de los requisitos para tener una salud mental está el sentido del humor, que ayuda a ver las cosas de forma más positiva y a su vez ayuda a tener paz, alegría y visualizar las propias fallas sin sentimientos de autocompasión.

En los AM suceden una serie de cambios físicos, psicológicos y sociales que tienden a afectar su esfera mental, generando los cuadros depresivos, tales como cese del trabajo remunerado, disminución de las capacidades físicas, muerte de los amigos y cónyuges, desmoronamiento orgánico y la percepción de ser una persona inútil, sin independencia generando la llamada “vergüenza social”, lo que lleva al aislamiento agudizándose el cuadro depresivo.

La depresión es un trastorno de primer orden en cuanto a frecuencia y trascendencia dentro de las enfermedades que aquejan preferentemente a los AM, ante lo cual existen tratamientos eficaces que mejoran la calidad de vida.

En Chile la comunidad con depresión sobre los 65 años tiene una prevalencia de 5 a 6%, localizándose en este grupo un alto porcentaje que padece de depresión surgida con posterioridad a alguna caída invalidante, ocasionando dependencia funcional que afecta el desempeño de sus actividades cotidianas. No obstante, en instituciones como hogares de ancianos o casas de reposo, la prevalencia aumenta en un margen del 17 al 20%, debido principalmente a la institucionalización del paciente. Los sentimientos de ansiedad y depresión después de las caídas pueden llevar a un deterioro funcional no producido directamente por las caídas sino por el temor a caer de nuevo, siendo éste su mayor contribuyente.



OBJETIVO GENERAL

- Investigar los factores extrínsecos de riesgo de caídas en AM autovalentes.

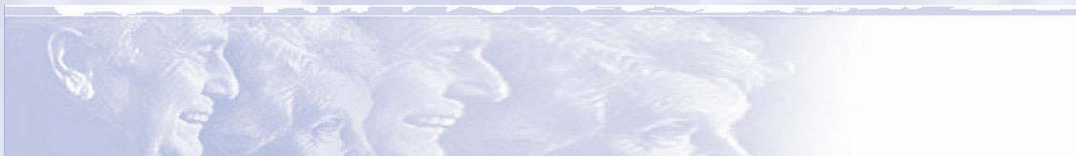
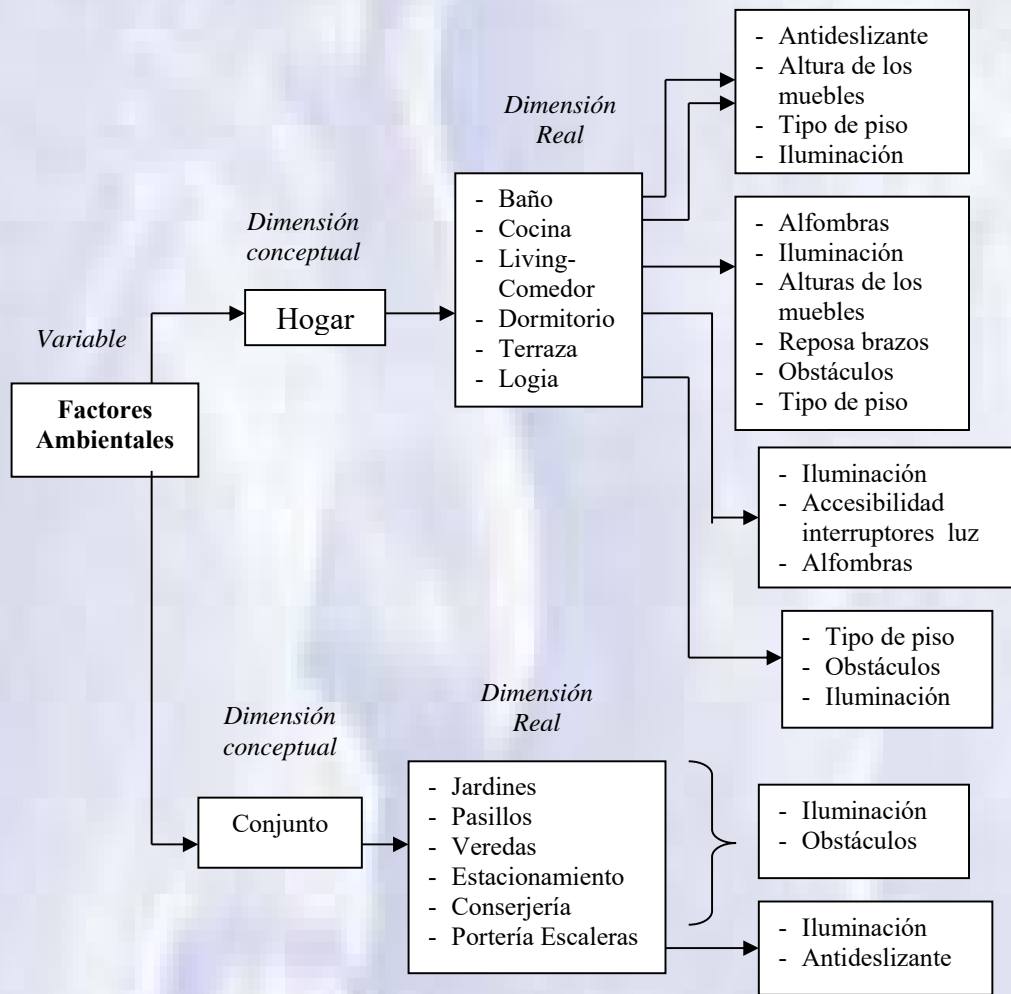
OBJETIVOS ESPECIFICOS

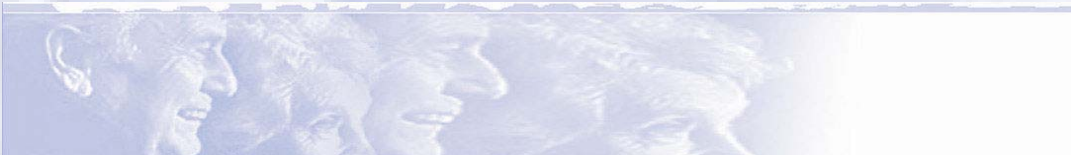
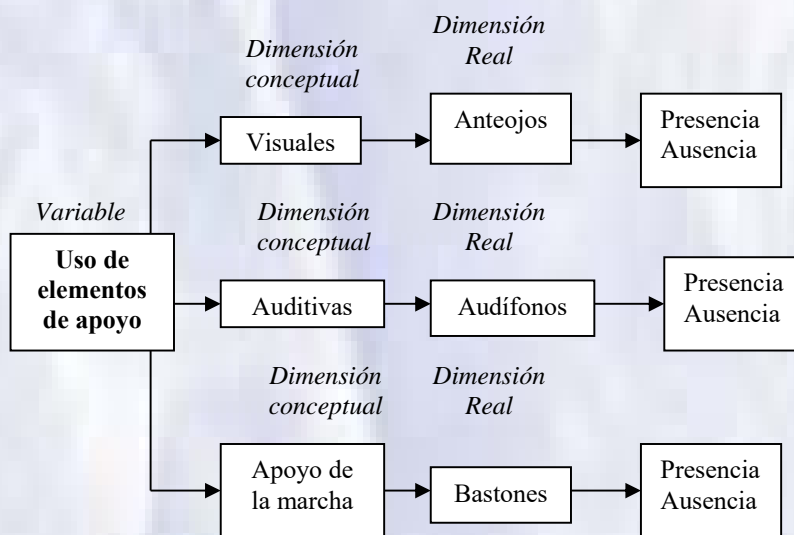
- Determinar los riesgos, ocurrencia y consecuencias de las caídas en los AM de la muestra.
- Exponer la morbilidad y asistencia a controles de salud de los AM seleccionados.
- Analizar la polifarmacia en los AM y la dependencia-independencia para el consumo de medicamentos como factor coadyuvante en las caídas.
- Analizar factores ambientales que rodean a los AM dentro y fuera del departamento que habitan.
- Investigar acerca del uso de elementos de apoyo en AM.
- Presentar propuestas que permitan prevenir los diferentes peligros extrínsecos a los que están expuestos los AM para evitar caídas.

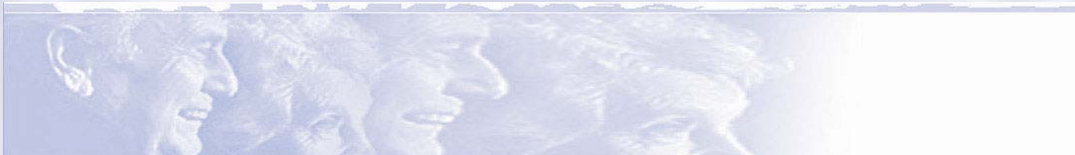
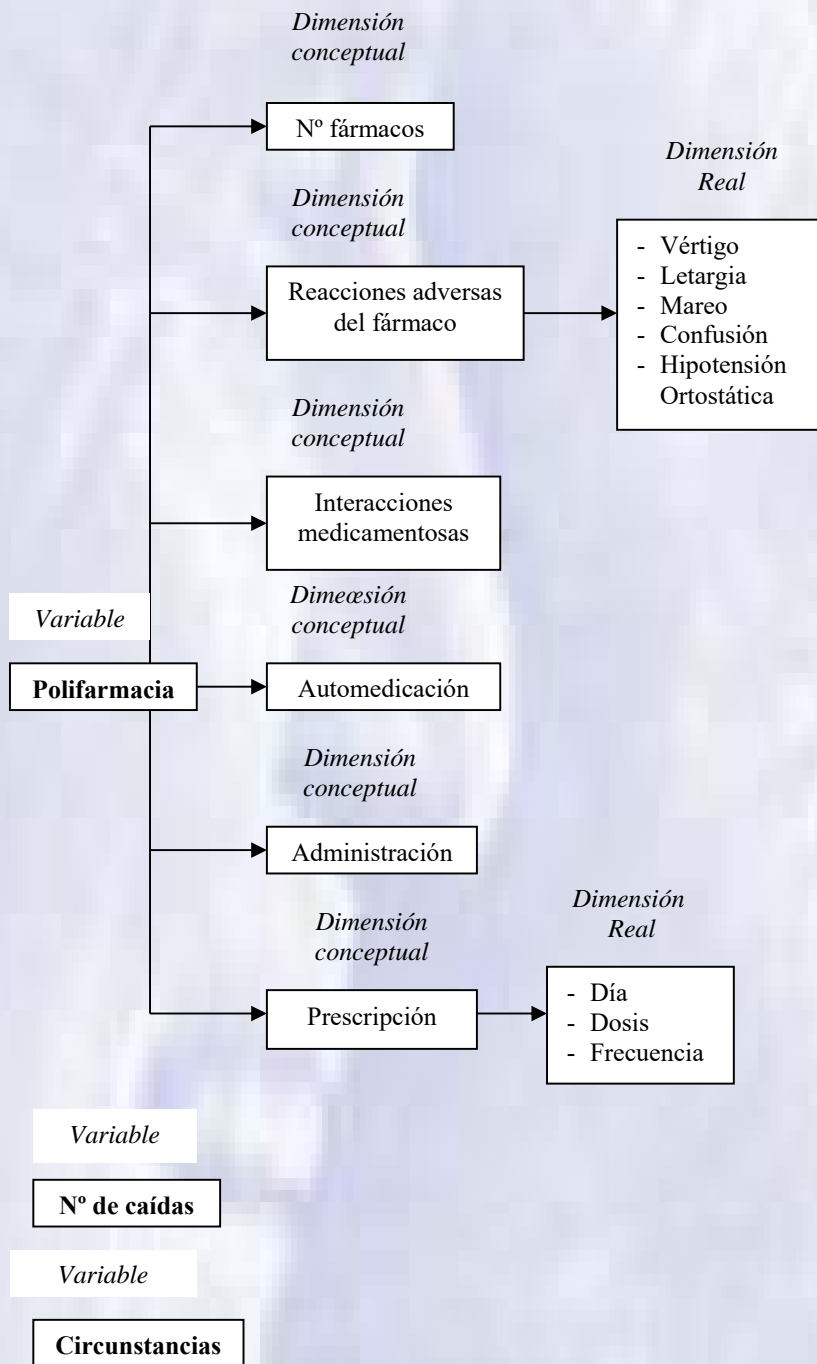


DEFINICION Y OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

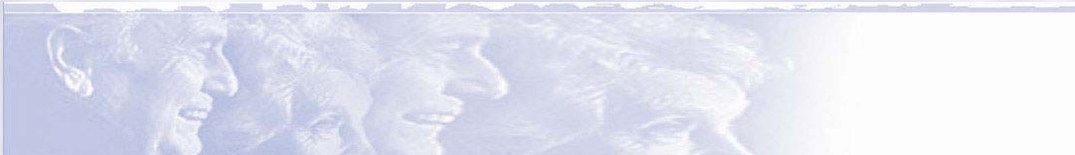
Factores predisponentes a las Caídas: Factores Extrínsecos







CAPITULO 3:
METODOLOGIA



- **Organización del trabajo en grupo**

El grupo de seminario de tesis se constituyó en el mes de Marzo del año 2005, integrado por siete alumnas de la carrera de Enfermería de la Universidad de Valparaíso, que cursaban el cuarto nivel.

Se realizaron reuniones ordinarias en forma semanal los días viernes contando con asesoría de la Sra. Gabriela Monardes S. docente asesora perteneciente al departamento de Enfermería del Adulto y Senescente Enfermo, además de reuniones extraordinarias por parte del grupo de tesistas.

Para una adecuada organización del trabajo al interior del grupo se designaron cinco cargos: presidenta, vicepresidenta, secretaria, tesorera y encargada de bibliografía, los cuales se mantuvieron durante todo el desarrollo del seminario.

- **Revisión bibliográfica y entrevistas con profesionales**

Para realizar la investigación se procedió a la revisión y análisis de material bibliográfico, en el cual se incluyeron textos, revistas, apuntes, seminarios de tesis de años anteriores y material obtenido vía internet. También se realizaron entrevistas a profesionales del área y disciplinas complementarias.

- **Tipo de diseño de la investigación**

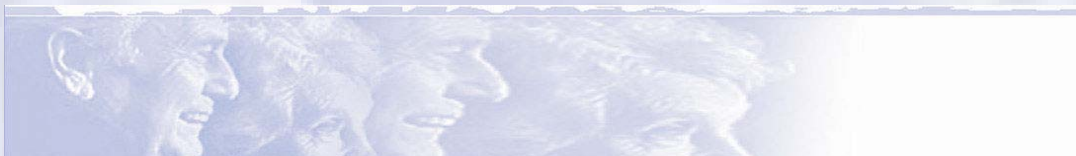
Estudio descriptivo sobre el riesgo de caídas derivado de factores extrínsecos en AM autovalentes de 60 años y más que habitan en dos conjuntos habitacionales urbanos de Viña del Mar, V Región, Chile durante los meses de Diciembre 2005 y Enero 2006.

El desarrollo de la investigación se basa en la aplicación de un instrumento de valoración del riesgo de caídas en el AM confeccionado por el grupo de tesistas, donde la información obtenida es objeto de evaluación estadística para luego contrastar los resultados con el marco teórico y así obtener conclusiones que sean de significancia para la prevención de caídas.

- **Población en estudio, definición del universo y diseño muestral**

- *Universo*

El universo del estudio está constituido por los AM autovalentes de 60 años y más, de ambos sexos, que habitan en conjuntos habitacionales seleccionados de Viña del Mar Lautaro Rosas y Canal Magdalena, quienes conforman una población de 121 personas. La selección de estos conjuntos se realizó tras la entrevista de las tesistas con



administradores de 6 conjuntos habitacionales de la provincia de Valparaíso, quienes informaron acerca del número aproximado de AM habitantes en el lugar. Ambos condominios finalistas cuentan con el mayor número de AM y a la vez, sus departamentos son muy similares en cuanto a ubicación, infraestructura, distribución de los espacios, y año de construcción.

▪ *Selección*

La selección de los AM autovalentes entrevistados fue mediante la participación voluntaria, a través de la firma de un consentimiento informado con una carta adjunta explicando la metodología y objetivos del estudio, la cual se realizó en el mes de Noviembre 2005.

▪ *Muestra*

El total de los AM autovalentes de 60 años y más entrevistados fueron 55, de los cuales, el 58% corresponden al conjunto habitacional Canal Magdalena ubicado en calle Álvarez #924 Viña del Mar (32 personas), y el 42% restante al conjunto Lautaro Rosas ubicado en calle 6 Oriente #352 (23 personas). Número hombres y mujeres en cada condominio.

• **Método de recolección de datos**

Dado el carácter descriptivo del estudio y la previa operacionalización de variables, el método elegido es la aplicación de una entrevista estructurada de 30 minutos confeccionada por el grupo de tesistas.

El instrumento fue aplicado en forma individual a cada AM que accedió a participar, mediante la realización de una visita domiciliaria efectuada por 2 tesistas, siguiendo estrictamente el instructivo de aplicación de dicho instrumento.

• **Descripción del instrumento**

Para identificar las características de los AM entrevistados se confeccionó un instrumento con veintiséis preguntas cerradas de tipo dicotómico y de alternativa. Para una mejor comprensión y orden, dichas preguntas fueron agrupadas en los siguientes ítems:

ITEM	TEMA	Nº PREGUNTAS
I	Caídas	4
II	Problemas de Salud	6
III	Polifarmacia	5
IV	Riesgos Ambientales	11

- **Estudio de confiabilidad y vulnerabilidad del instrumento**

Los resultados obtenidos en el análisis estadístico descriptivo son aplicables sólo a las personas que habitan en los conjuntos habitacionales considerados en el estudio y no se pueden extender a personas de otros conjuntos habitacionales.

La vulnerabilidad del estudio se logró a través de la prueba del instrumento con la aplicación en dos oportunidades de la entrevista, abarcando un total de veintiún AM, de acuerdo a las modificaciones que fueron surgiendo.

Los objetivos planteados para la prueba del instrumento fueron los siguientes:

- Determinar el tiempo promedio necesario para la aplicación del instrumento.
- Pesquisar dificultades en la aplicación del instrumento y hacer modificaciones.
- Adquirir familiaridad con la aplicación de la entrevista

- **Criterios utilizados para el análisis de los datos**

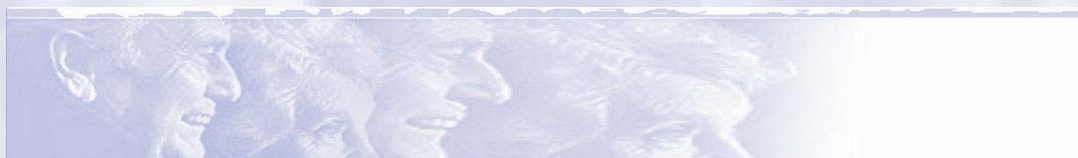
Los valores de los gráficos y tablas que a continuación se presentan están expresados en porcentajes y frecuencias.

Para realizar el análisis estadístico de la entrevista estructurada se utilizaron dos software que se encuentran implementados en el Departamento de Estadística de la Universidad de Valparaíso:

- Stata 8.0 (tablas aspectos generales, tablas ITEM III y gráficos ITEM IV)
- Microsoft Excel (gráficos aspectos generales, gráficos y tablas ITEM I y II, gráficos ITEM III)

- **Organización del trabajo en terreno**

Como primer acercamiento se realizó un contacto telefónico con los administradores de los condominios seleccionados con el mayor número de AM, con el fin de acordar una reunión entre él y el grupo de tesis. En la reunión el grupo presentó los objetivos del estudio y solicitó formalmente a la administración del conjunto habitacional participar en la investigación mediante la entrega de una carta, donde se establece el carácter voluntario de participar en la entrevista y el cronograma con fecha y horario de las distintas actividades requeridas para llevar a cabo el trabajo.



Una vez obtenido el consentimiento de la administración, el grupo de tesistas realizó una primera encuesta puerta a puerta donde después de la presentación y planteamiento de los objetivos del estudio se solicitó la siguiente información:

- Presencia en el departamento de personas de 60 años y más
- N° de personas de 60 años y más
- Autovalencia o dependencia de estas personas

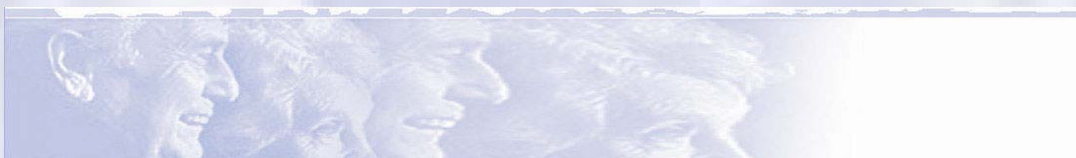
Para obtener en forma más rápida y objetiva los datos sobre autovalencia en estos AM, se elaboraron 3 preguntas basadas en el Índice de Kats:

- ¿El AM come solo?
- ¿El AM se viste solo?
- ¿El AM se baña solo?

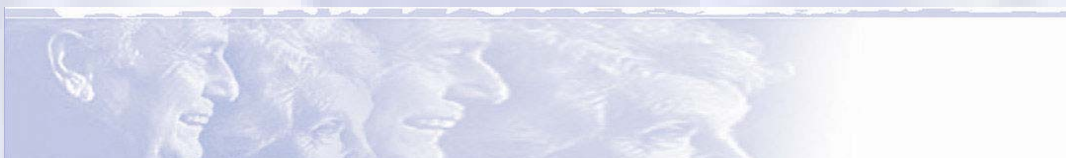
Para considerar al AM como autovalente, las tres preguntas debían responderse afirmativamente. De este modo se obtuvo la real cantidad de AM presentes: 186 entre los dos conjuntos habitacionales, de los cuales 121 resultaron ser autovalentes. Finalmente, 58 firmaron el consentimiento informado aceptando participar en la investigación, de los cuales en el intertanto uno falleció por causas que se desconocen, otro fue hospitalizado por infarto agudo al miocardio y otro sufrió un accidente vascular cerebral que lo llevó a perder la autovalencia, quedando fuera del estudio.

La cantidad promedio de encuestas que se entregaron a cada tesista, consistió en un total de ocho, dividiéndose el grupo entre ambos condominios.

Al momento de realizar las entrevistas, se acordó telefónicamente o vía e-mail con cada AM el día y hora más conveniente para cada uno, de modo de no interrumpir su rutina diaria.



CAPÍTULO 4:
RESULTADOS.
ANÁLISIS DE TABLAS Y GRÁFICOS



ANTECEDENTES GENERALES DE LA MUESTRA

- **Autovalencia**

Se entrevistó a un total de 55 AM autovalentes correspondientes al 100% de la muestra

- **Edad**

La edad mínima de los entrevistados es de 60 años, y la máxima es de 92 años. El rango de edad que presenta mayor frecuencia es entre 70 y 80 años con un total de 27 entrevistados.

- **Sexo**

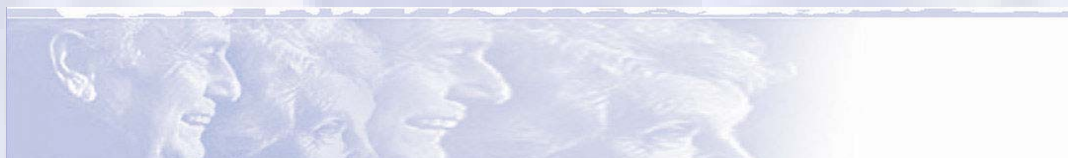
El 67,27% de los entrevistados corresponden a personas de sexo femenino (37 personas) y el 32,72% a personas de sexo masculino (18 personas)

- **Escolaridad**

Casi el 50% de los entrevistados tienen estudios superiores, mientras que solo un 9% tiene un nivel de escolaridad básico.

- **Previsión**

El 48% de los entrevistados tiene como previsión el Fondo Nacional de Salud (FONASA), mientras que solo un 4% (2 personas) de los entrevistados afirmaron no tener ningún tipo de previsión.

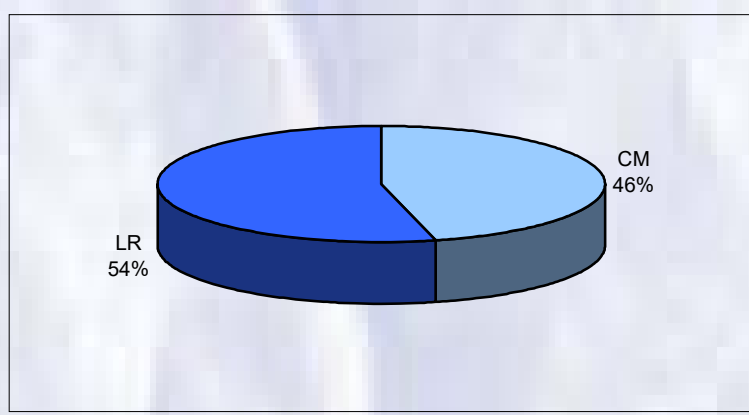


ANALISIS

ITEM I: CAIDAS

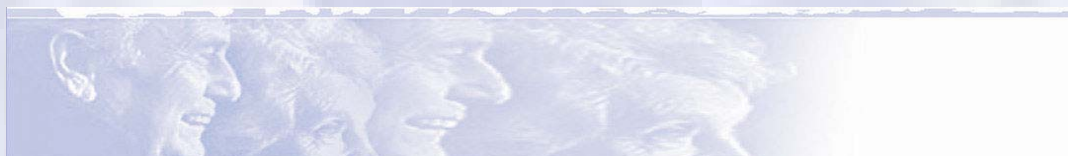
Caídas de los entrevistados por conjunto habitacional

Gráfico N° 1



Fuente: Entrevista estructurada al adulto mayor.

En total 26 de los 55 entrevistados sufrieron una o más caídas durante este último año. El gráfico anterior muestra el porcentaje de entrevistados que sufrieron alguna caída por conjunto habitacional, es decir, el 54% de los entrevistados que sufrieron alguna caída habitan en el conjunto habitacional LR, mientras que el 46% restante habitan en el conjunto CM. La distribución de caídas en los entrevistados de ambos condominios es relativamente parecida, considerando su respectiva población.



Frecuencia de caídas sufridas por los AM en el último año en los dos conjuntos habitacionales

Tabla: N° 1:

¿Cuántas veces se ha caído en el último año?	Frecuencia de AM	Porcentaje (%)
Más de dos	12	22
Una vez	14	25
Nunca	29	53
Total	55	100

Fuente: Entrevista Estructurada al adulto mayor.

Gráfico N° 2:



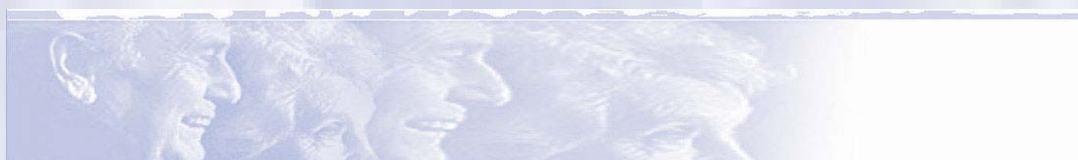
Fuente: Entrevista estructurada al adulto mayor.

Se observa que un poco más de la mitad de los AM entrevistados afirma no haberse caído nunca en el último año. Por otra parte, un poco menos de la mitad de los AM reconocen haberse caído al menos una vez en el mismo periodo.

Con respecto a la categoría "más de dos veces" es un antecedente que siempre hay que considerar, ya que, las caídas a repetición están dentro de los criterios para evaluar el grado de fragilidad en el AM, y por ende, el riesgo de pérdida de su función

De acuerdo al marco teórico se estima que más del tercio de los AM de 60 años que viven en su domicilio sufren una caída al año, situación que aumenta con la edad.

Se destaca que el adulto mayor suele considerar la caída como un hecho menor, accidente banal o como efecto inevitable del envejecimiento, por lo cual, la mayoría de las caídas no suelen ser notificadas, por ende, se infiere que este número podría ser mucho mayor en la realidad.



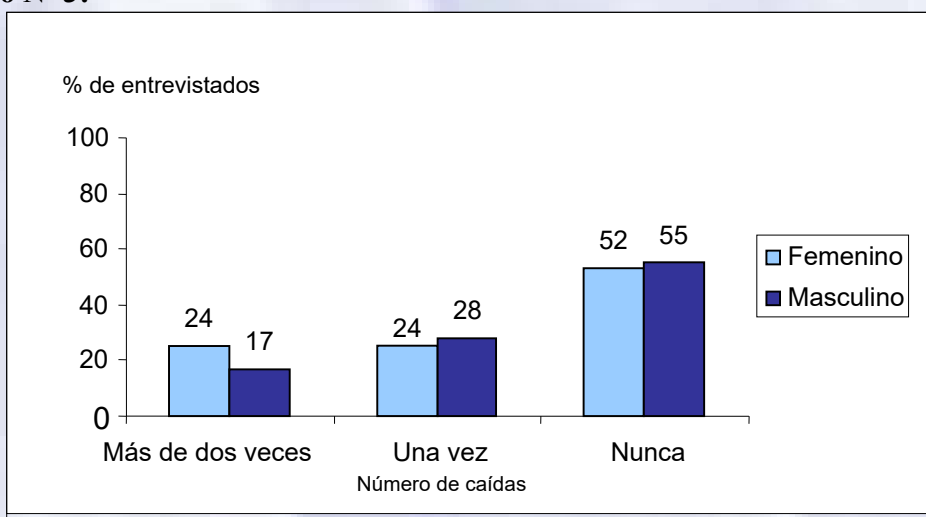
Frecuencia de caídas sufridas por los AM en el último año según sexo

Tabla N° 2:

¿Cuántas veces se ha caído en el último año?	Frecuencia sexo masculino	Porcentaje (%) sexo masculino	Frecuencia sexo femenino	Porcentaje (%) sexo femenino
Más de dos	3	17	9	24
Una vez	5	28	9	24
Nunca	10	55	19	52
Total	18	100	37	100

Fuente: Entrevista Estructurada al adulto mayor.

Gráfico N° 3:



Fuente: Entrevista Estructurada al adulto mayor.

Con respecto al sexo no existe una gran diferencia entre el número de caídas entre hombres y mujeres; no obstante, se destaca un número mayor de mujeres que se han caído más de dos veces en comparación a los hombres, en cambio en las categorías de una vez y nunca el sexo masculino supera levemente al sexo femenino.



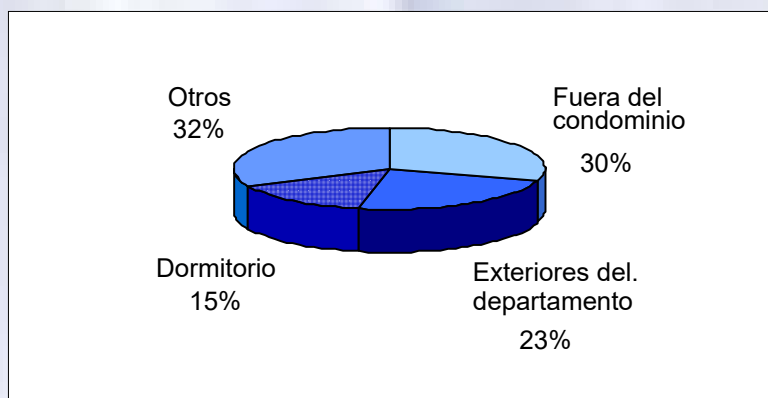
Lugar donde ocurrieron las caídas de los AM entrevistados en el último año.

Tabla N° 3:

¿Dónde han ocurrido estas caídas?	Frecuencia de AM	Porcentaje (%)
Fuera del condominio	8	30
Exteriores departamento	6	23
Dormitorio	4	15
Otros	8	32
Total	26	100

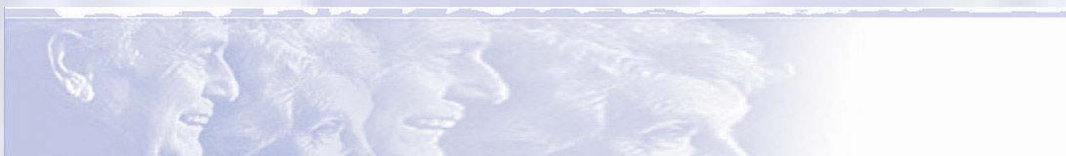
Fuente: Entrevista estructurada al adulto mayor.

Gráfico N° 4:



Fuente: Entrevista estructurada al adulto mayor.

El lugar donde han ocurrido la mayoría de las caídas, se presenta en más de la mitad de los entrevistados fuera del condominio y otros. Este último incluye cocina, baño, living, comedor y terraza/logia, que coincide con el marco teórico que señala que las caídas ocurren principalmente en el hogar.



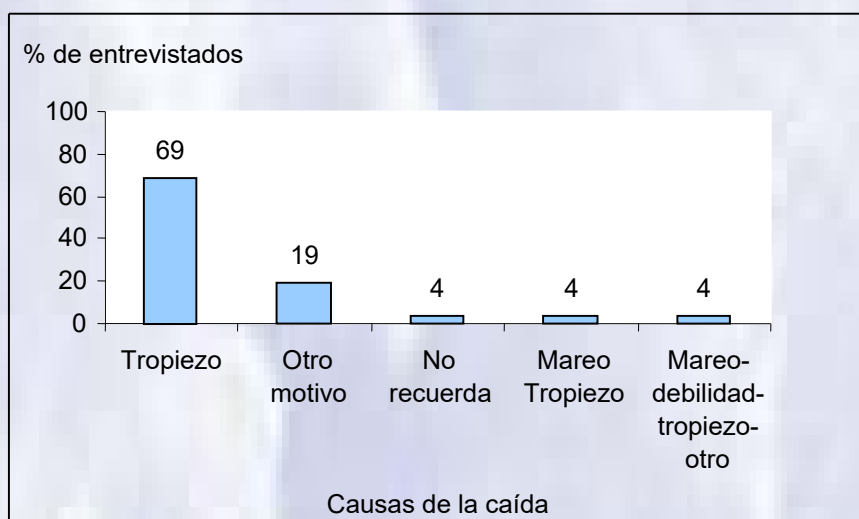
Causas de la última caída sufrida por los AM entrevistados

Tabla N° 4:

Su última caída fue causada por:	Frecuencia de AM	Porcentaje (%)
Tropiezo	18	69
Otro motivo	5	19
No recuerda	1	4
Mareo tropiezo	1	4
Mareo-debilidad-tropiezo-otro	1	4
Total	26	100

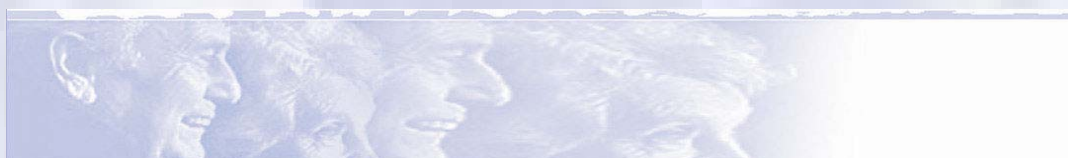
Fuente: Entrevista estructurada al adulto mayor.

Gráfico N° 5:



Fuente: Entrevista estructurada al adulto mayor.

La principal causa de las caídas de los AM entrevistados, que afirmaron haberse caído, fue por tropiezo, lo cual es cercano a las tres cuartas partes. Según el marco teórico, existen una serie de trastornos inherentes al proceso de envejecimiento que pueden conducir a la dificultad en la deambulación y la movilidad aumentando el riesgo de caídas. Existe además un porcentaje bajo de personas que reconocen haberse caído por motivos de mareos o debilidad, lo que puede deberse, a efectos adversos como es la alteración de la estabilidad postural, producto del consumo de medicamentos, lo cual es frecuente en la población de AM.



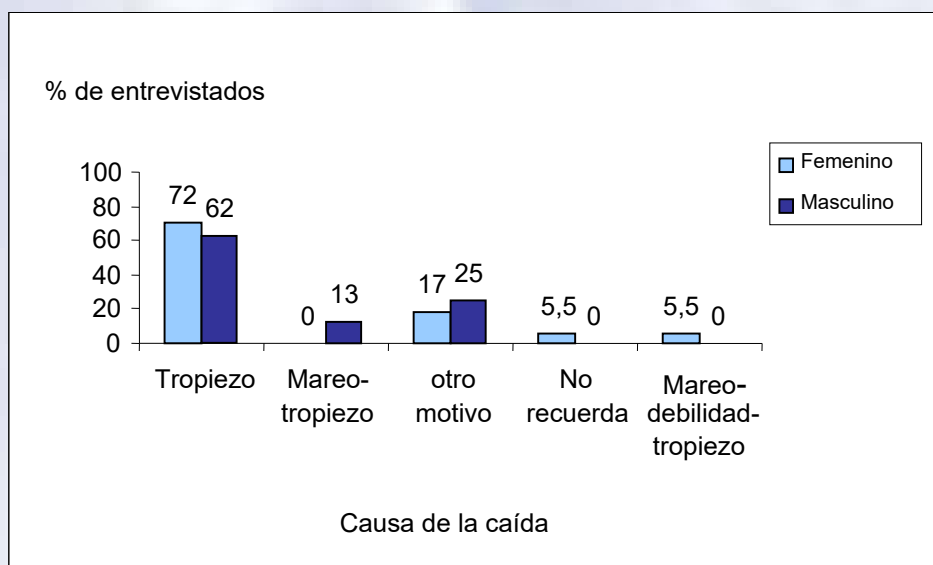
Causas de la última caída sufrida por los AM entrevistados según sexo

Tabla N° 5:

Su última caída fue causada por:	Frecuencia sexo masculino	Porcentaje (%) sexo masculino	Frecuencia sexo femenino	Porcentaje (%) sexo femenino
Tropiezo	5	62	13	72.22
Mareo-tropiezo	1	13	0	0
Otro motivo	2	25	3	16.66
No recuerda	0	0	1	5.55
Mareo-debilidad-tropiezo	0	0	1	5.55
Total	8	100	18	100

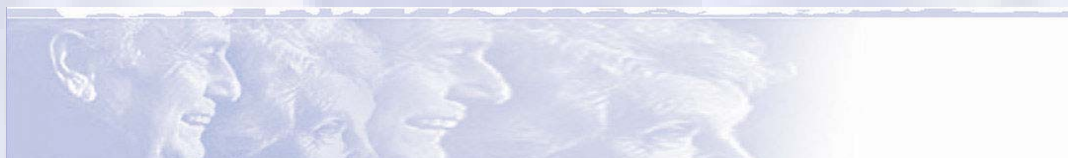
Fuente: Entrevista estructurada al adulto mayor.

Gráfico N° 6:



Fuente: Entrevista estructurada al adulto mayor.

Del total general de los entrevistados se observa que en ambos sexos más de la mitad de AM señalaron haberse caído por tropiezo. Se destaca que solamente el sexo femenino atribuyó su última caída a mareo-debilidad-tropiezo o simplemente no recordaron su causa.



También un 25% de hombres señala haberse caído por otro motivo, entre estos se encuentra resbalón y empujón.

Estas cifras confirman la importancia del estudio de los factores ambientales relacionados con las caídas en el AM, pues los tropiezos se deben preferentemente a una mala distribución de objetos dentro del espacio en que habitan.

Consecuencias de las caídas sufridas por los AM entrevistados.

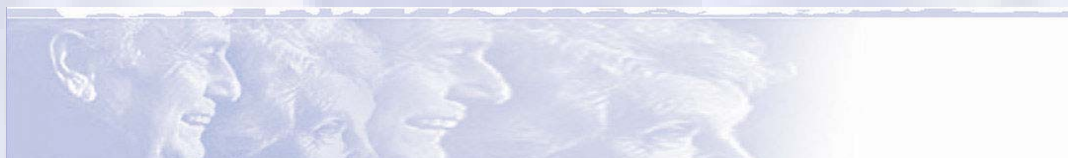
Tabla N° 6:

Consecuencias	Frecuencia de AM	Porcentaje (%)
Miedo	1	4
Fractura	2	8
Lesiones menores	7	26
Hospitalización/ fractura/ miedo	1	4
Miedo/ lesiones menores	8	30
Dependencia física/ lesiones menores	2	8
Miedo/ tristeza/ lesiones menores	1	4
Hosp. /Dep. Fís./ miedo/ lesiones menores	2	8
Dep. Fís./ miedo/ lesiones menores	1	4
Hosp./ miedo/ tristeza/ lesiones menores	1	4
Total	26	100

Fuente: Entrevista estructurada al adulto mayor.

Más de la mitad de los AM que han presentado alguna caída tienen como consecuencia miedo a volver a caer y lesiones menores (hematomas, heridas, contusiones), las cuales son factores de riesgo producto de la pérdida de la confianza en las propias capacidades físicas y funcionales. Esto limita al AM para realizar actividades de la vida diaria repercutiendo en su autonomía y funcionalidad, que lo llevaría a la dependencia.

Un porcentaje bajo de AM presentan fracturas u hospitalizaciones como consecuencia de una caída.



**ITEM II:
PROBLEMAS DE SALUD**

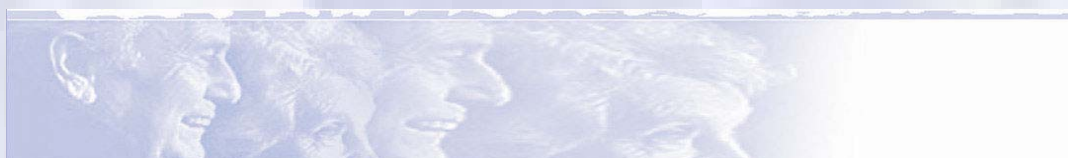
Morbilidad de los adultos mayores entrevistados.

Tabla N° 7:

Enfermedades	Frecuencia	Porcentaje (%)
Hipertensión	4	7,3
Enfermedad Renal	1	1,8
Enfermedades Osteoarticulares	3	5,5
Hipertensión / Diabetes	3	5,5
Hipertensión / Diabetes / Insuficiencia Cardíaca	1	1,8
Hipertensión / Diabetes / Enf. Osteoarticulares	1	1,8
Hipertensión / Diabetes / Enf. Osteoarticulares / Otras	2	3,6
Hipertensión / Diabetes / Otras	1	1,8
Hipertensión / Enf. Osteoarticulares	3	5,5
Hipertensión / Enf. Osteoarticulares /Otras	4	7,3
Hipertensión / Insuficiencia Cardíaca / Enf. Osteoarticulares	1	1,8
Hipertensión / Otras	12	21,8
Diabetes / Enf. Osteoarticulares	1	1,8
Diabetes / Otras	1	1,8
Enfermedades Osteoarticulares /Otras	4	7,3
Otras	9	16,3
No presenta	3	5,5
No responde	1	1,8
Total	55	100

Fuente: Entrevista estructurada al adulto mayor.

Más de la mitad de la muestra (58%) refiere padecer HTA asociada a enfermedades crónicas y degenerativas como Diabetes Mellitus y afecciones osteoarticulares. Según marco teórico las principales patologías presentadas en la población de AM son las enfermedades cerebrovasculares, las que se asocian con otras enfermedades degenerativas. Esto se relaciona directamente con el número y tipo de medicamentos que deben consumir para compensar las diferentes enfermedades, produciéndose en ellos la polifarmacia, factor que contribuye a producir caídas.



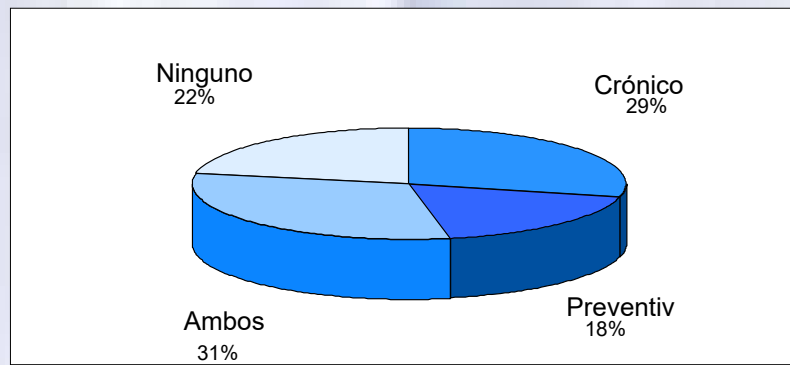
Asistencia a controles de salud de los AM entrevistados

Tabla N° 8:

Controles de salud	Frecuencia de AM	Porcentaje (%)
Crónicos	16	29
Preventivo	10	18
Ninguno	12	22
Ambos	17	31
Total	55	100

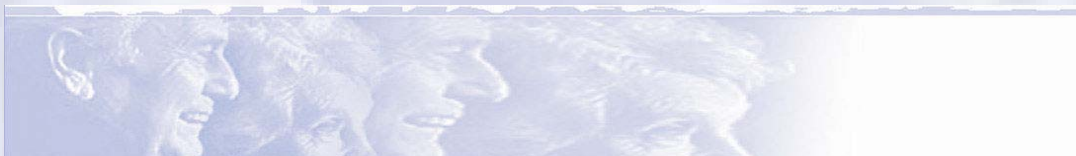
Fuente: Entrevista estructurada al adulto mayor

Gráfico N° 7:



Fuente: Entrevista estructurada al adulto mayor

Del total de los entrevistados se puede observar que las tres cuartas partes de ellos asisten regularmente a controles de salud, ya sea crónico, preventivo o ambos. El resto refirió no asistir a ningún tipo de control de salud, lo cual sería considerado un factor de riesgo importante.



Frecuencia de AM que utiliza bastón para moverse según sexo

Tabla N° 9:

Sexo	Utiliza bastón			
	Si	%	No	%
Femenino	4	7,2	33	60
Masculino	3	5,4	15	27,2
Total	7	12,6	48	87,2

Fuente: Entrevista estructurada al adulto mayor.

En la tabla se observa que solamente siete personas (12.6%) utilizaban bastón, por lo que es una pequeña proporción en relación al total de la muestra. Cabe destacar que este instrumento de apoyo es un factor de riesgo en relación a las caídas, cuando no es utilizado correctamente o no es adecuado para el AM. No obstante, de las personas que afirmaron utilizar bastón, éstos se encontraban en buen estado y su utilización era adecuada, siendo para ellos un factor protector en cuanto a la prevención de caídas. No se aprecian diferencias importantes por sexo.

Problemas de visión y uso de lentes en los AM entrevistados

Tabla N° 10:

Problemas de visión	Utiliza lentes			
	Si	%	No	%
Si	54	98	1	2
No	0	0	0	0
Total	54	98	1	2

Fuente: Entrevista estructurada al adulto mayor.

La totalidad de la muestra refiere presentar problemas de visión y compensan este déficit utilizando anteojos. Sin embargo, existe una persona que no lo utiliza aún cuando dice necesitarlo, lo cual es un factor de riesgo importante para las caídas. A su vez las personas que utilizan anteojos demuestran una correcta adaptación a ellos y no presentan dificultad alguna en su diario vivir.



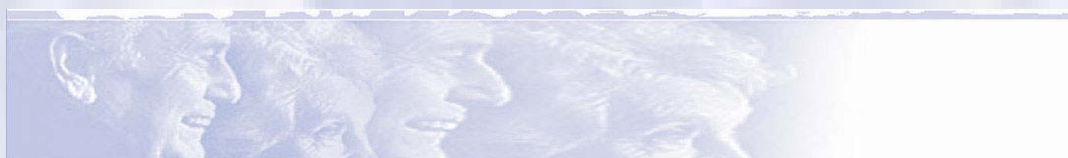
Problemas de audición y uso de audífonos en los AM entrevistados.

Tabla N° 11:

Problemas de audición	Utiliza audífonos			
	Sí	%	No	%
Sí	6	11	5	9
No	0	0	44	80
Total	6	11	49	89

Fuente: Entrevista estructurada al adulto mayor.

Se observa que un número pequeño de personas presentan problemas de audición y sólo la mitad de ellos compensa este déficit con audífonos. Esto se ve claramente reflejado en el marco teórico, como un problema significativo de salud, en donde se especifica que solamente uno de cada cinco AM con déficit auditivo utiliza audífonos. Por lo tanto las personas que no cuentan con este instrumento de apoyo estarían expuestas a sufrir caídas y accidentes importantes por no recibir correctamente los mensajes del peligro que las rodea.



**ITEM III:
POLIFARMACIA**

Consumo de medicamentos en AM entrevistados

Tabla N° 12:

¿Consume algún medicamento?	Frecuencia de AM	Porcentaje (%)
Sí	52	94,55
No	3	5,45
Total	55	100,00

Fuente: Entrevista estructurada al adulto mayor.

Casi la totalidad de la muestra consume medicamentos coincidiendo con el marco teórico que indica que este grupo etáreo tiene un alto índice de consumo de medicamentos.

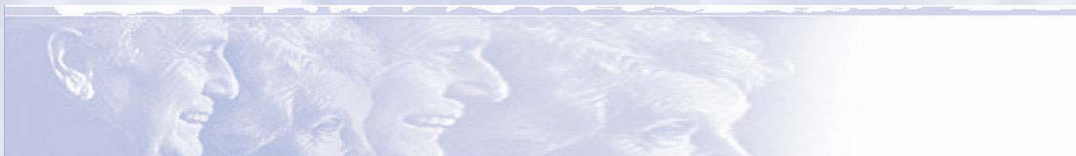
Tabla N° 13:

Consumo de medicamentos en AM según sexo

Sexo	Frecuencia de AM entrevistados	Porcentaje (%)
Masculino	17	94,4
Femenino	35	94,5

Fuente: Entrevista estructurada al adulto mayor.

Tanto en hombres como mujeres no se observan diferencias significativas en el consumo de medicamentos ya que del total de 18 AM de sexo masculino que respondieron la entrevista, 17 de ellos confirmaron consumir algún medicamento; así mismo del total de 37 AM de sexo femenino que respondieron la entrevista, 35 afirman consumir algún medicamento, por lo que el porcentaje de diferencia no varía según el sexo.



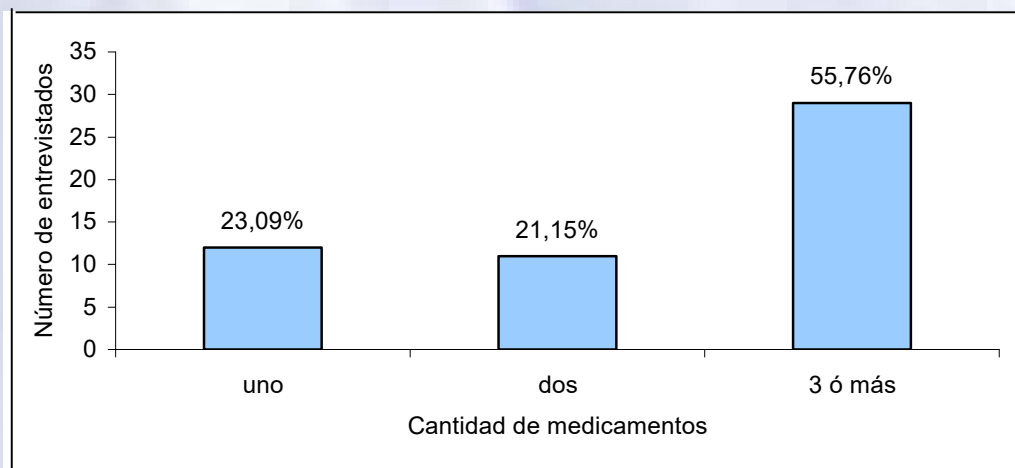
Frecuencia de AM entrevistados que consumen uno, dos o tres y más medicamentos diferentes durante el día.

Tabla N° 14:

Frecuencia de medicamentos diferentes	Frecuencia de AM	Porcentaje (%)
0	0	0,00
1	12	23,09
2	11	21,15
3 y más	29	55,76
Total	52	100,00

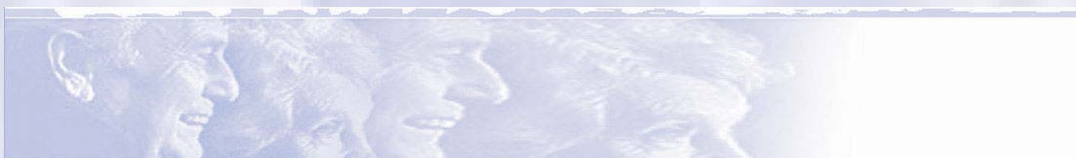
Fuente: Entrevista estructurada al adulto mayor.

Grafico N° 8:



Fuente: Entrevista estructurada al adulto mayor.

Dentro de los cincuenta y dos AM entrevistados que refirieron consumir algún fármaco, más de la mitad consume tres o más medicamentos. Lo cual, según el marco teórico, es considerado como polifarmacia. La polifarmacia como tal contribuye a la fragilidad en el AM, siendo la frecuencia de consumo directamente proporcional al grado de fragilidad. En este estudio se les preguntó además el nombre de los medicamentos que consumían y dentro de la gran variedad de respuestas, el número de medicamentos que fueron nombrados por los 52 entrevistados fue de 163. Estos fueron agrupados según su acción terapéutica, considerando los siete primeros lugares de mayor consumo.



Frecuencia de medicamentos agrupados según acción terapéutica consumidos por los AM entrevistados.

Tabla N° 15:

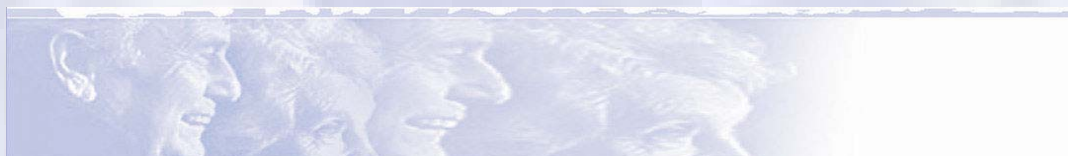
Lugar	Categorías	Frecuencia de medicamentos por categoría
1°	Antihipertensivo	32
2°	Anticoagulante	18
3°	Antidepresivo	10
4°	Hipoglicemiante	8
5°	Antiulceroso	6
6°	Hipocolesterolemiante	6
7°	Específicos osteoarticulares	6

Fuente: Entrevista estructurada al adulto mayor

Los medicamentos más consumidos entre los AM son los que se relacionan con el sistema cardiovascular, entre los cuales están los antihipertensivos y anticoagulantes. Esto coincide con la realidad nacional, ya que las primeras causas de muerte en los mayores de 60 años para ambos sexos son las enfermedades cardiovasculares.

Estos datos también fueron trabajados de acuerdo al sexo de los entrevistados, con lo cual se aprecia que en el primer y segundo lugar no varía según el sexo. Sin embargo, se observa un cambio en el tercer lugar, en el cual los medicamentos más utilizados entre los hombres son los antiulcerosos y en las mujeres los antidepresivos.

En orden decreciente se presentan los antidepresivos, hipoglicemiantes y otros. Esta tabla se complementa con la tabla 7 (Morbilidad de los AM entrevistados).



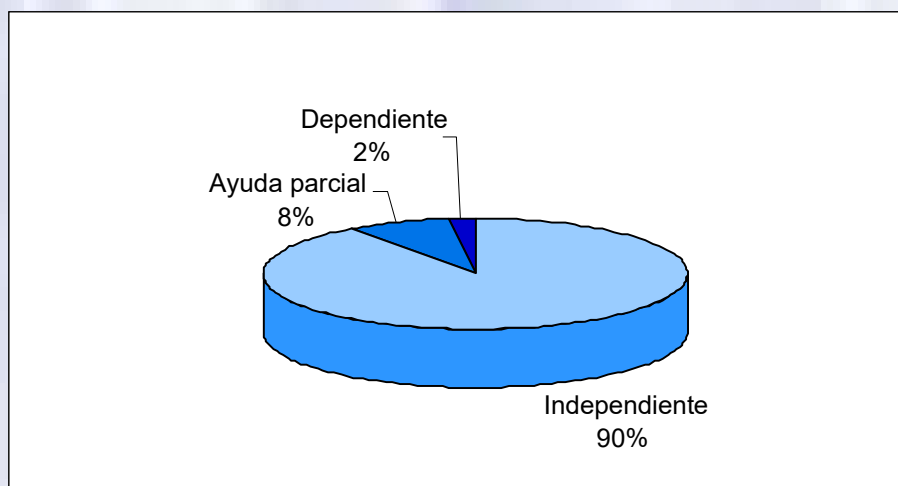
Grado de autonomía de los AM entrevistados al consumir sus medicamentos

Tabla N° 16:

Capacidad	Frecuencia de AM	Porcentaje (%)
Es independiente	47	90,38
Ayuda Parcial	4	7,69
Es dependiente	1	1,92
Total	52	100,00

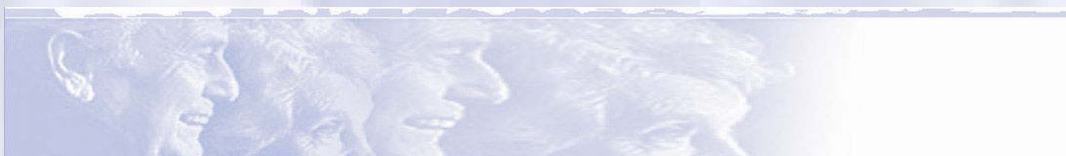
Fuente: Entrevista estructurada al adulto mayor

Gráfico N° 9:



Casi la totalidad de los AM refiere ser independiente en el consumo de medicamentos y sólo una pequeña proporción reconoce necesitar ayuda para realizar esta actividad en forma adecuada.

Esta autonomía en el AM permite evaluar su capacidad funcional, lo cual representa un indicador del estado de salud de éste.



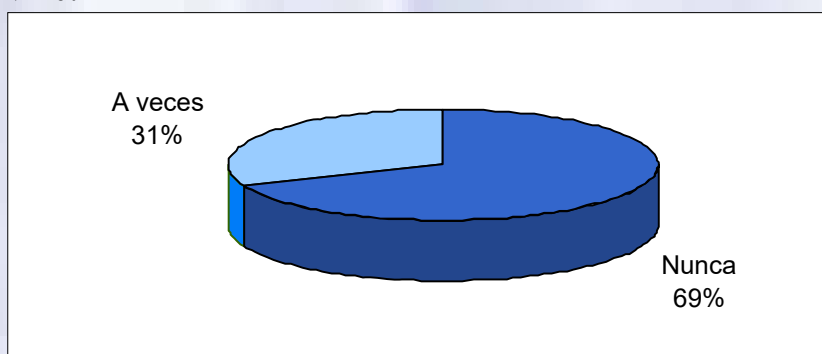
Olvido en el consumo de medicamentos en los AM entrevistados

Tabla N° 17:

¿Olvida tomar sus medicamentos?	Frecuencia de AM	Porcentaje (%)
Nunca	36	69
A veces	14	31
Total	52	100,00

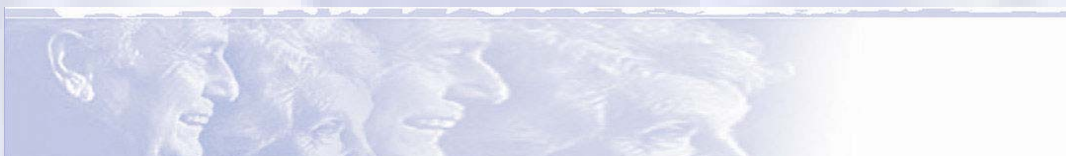
Fuente: Entrevista estructurada al adulto mayor.

Gráfico N° 10:



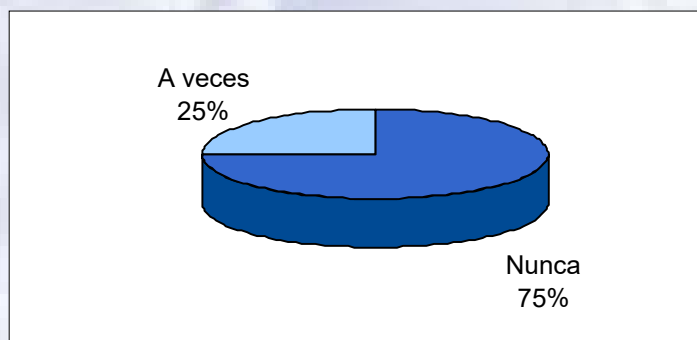
Fuente: Entrevista estructurada al adulto mayor.

Se puede apreciar que la mayoría de los entrevistados que toma medicamentos afirma que nunca olvida consumirlos. Inferimos que esta gran cifra se debe a que todos los entrevistados son autovalentes por lo cual no poseen deterioro cognitivo que les impida cumplir con esta función.



Olvido en el consumo de medicamentos en los AM entrevistados que refirieron ser independientes en su consumo

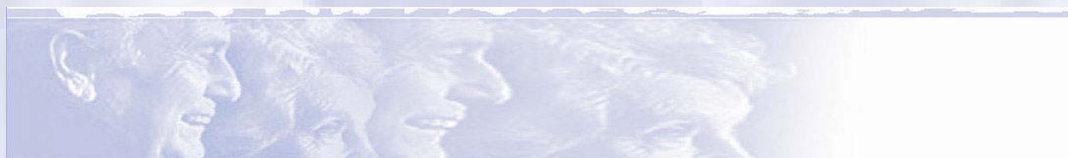
Gráfico N° 11:



Fuente: Entrevista estructurada al adulto mayor.

En el gráfico se puede apreciar que las tres cuartas partes de los entrevistados que toman medicamentos y que son independientes para su consumo, afirma que nunca olvida tomar sus medicamentos, mientras que un cuarto de ellos reconoce olvidar el consumo de sus medicamentos alguna vez.

Por lo tanto, se estima que este 25% puede llegar a consumir más de una dosis de un mismo fármaco, sufriendo en mayor medida sus efectos adversos.



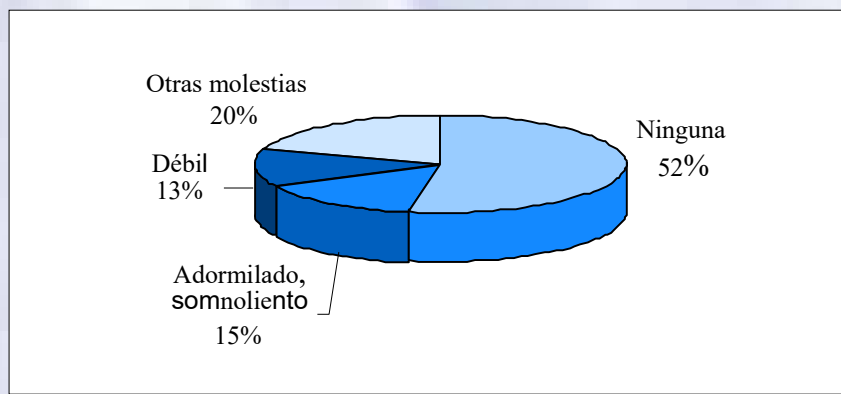
Molestias presentadas en AM entrevistados en las últimas semanas

Tabla N° 18:

Molestias	Frecuencia de AM	Porcentaje (%)
Ninguno	29	52
Adormilado, somnoliento	8	15
Débil	7	13
Otras molestias	11	20
Total	55	100

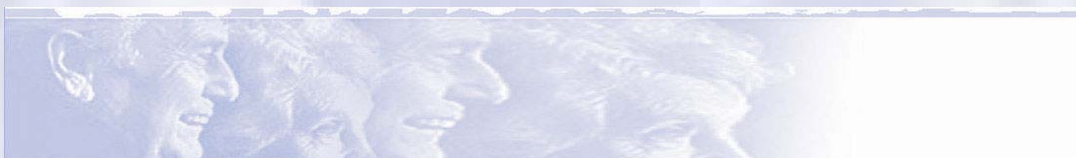
Fuente: Entrevista estructurada al adulto mayor

Gráfico N° 12:



Fuente: Entrevista estructurada al adulto mayor

Un poco más de la mitad de los entrevistados no presentaban molestias durante las dos últimas semanas, no obstante existe un porcentaje considerable (35%) que refiere haber presentado somnolencia, adormecimiento y otras molestias (mareo y confusión), por lo que se puede inferir que estas molestias se deben, entre otras, al consumo de medicamentos para paliar las patologías que los aquejan, ya que muchos de los fármacos expuestos en el marco teórico producen este tipo de reacciones adversas.



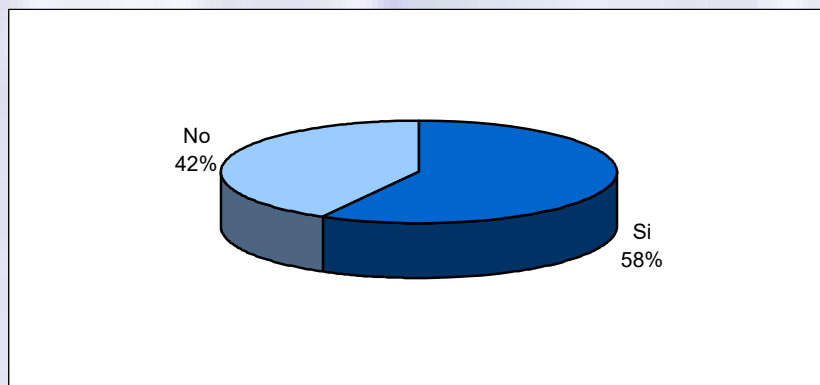
Consumo de infusión de hierbas en los AM entrevistados

Tabla N° 19:

Consumo	Frecuencia de AM entrevistados	Porcentaje (%)
Si	32	58,18
No	23	41,82
Total	55	100,00

Fuente: Entrevista estructurada al adulto mayor.

Gráfico N° 13:



Fuente: Entrevista estructurada al adulto mayor.

Más de la mitad de los entrevistados en este estudio consume hierbas en infusión. Este importante porcentaje no involucra un riesgo de caídas en sí, siempre que su consumo sea discreto. La mayoría de las personas tiende a creer que todos ellos no tienen mayor implicancia para su salud y por ende su consumo puede ser ilimitado, obviando el hecho de que algunas hierbas naturales pueden aumentar o inhibir la acción de algunos fármacos.



Infusión de hierbas más consumidas por los AM entrevistados

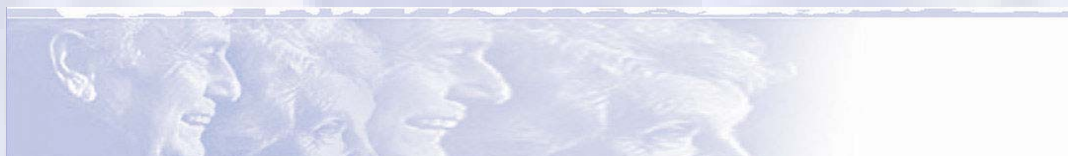
Tabla N° 20:

Lugar	Hierba natural	Frecuencia de AM que consumen hierbas
1°	Manzanilla	5
2°	Menta	5
3°	Boldo	4
4°	Matico	3
5°	Orégano	2
6°	Pata de vaca	2
7°	Pepas de calabaza	2

Fuente: Entrevista estructurada al adulto mayor.

De lo anterior se observa que la hierba natural más consumida entre los AM es la manzanilla, la menta y el boldo, las cuales tienen propiedades tanto digestivas como antiinflamatorias, entre otras; su consumo ocurre principalmente después de los alimentos. Es importante destacar que su ingesta no es un factor de riesgo significativo para la salud del AM, a menos que su consumo sea en sustitución de fármacos indicados por el médico.

Es de importancia mencionar el consumo de pata de vaca por parte de dos AM diabéticos. Este medicamento natural es un hipoglicemiante que puede potenciar los efectos de los fármacos prescritos a los pacientes.



**ITEM IV:
RIESGOS AMBIENTALES**

Visibilidad en las dependencias intradomiciliarias de los AM entrevistados

Tabla N° 21:

	Dormitorio-living			
Baño-cocina	No	%	Sí	%
No	41	74,5	3	5,4
Si	10	18,1	1	1,8
Total	51	92,6	4	7,4

Fuente: Entrevista estructurada al adulto mayor

En el interior del departamento hubo diez personas (18.1%) que dijeron tener problemas de visión por falta de iluminación en el baño-cocina y sólo una persona en dormitorio-living. Por otra parte, existen 41 personas que dicen no tener ningún problema de iluminación dentro del departamento. Es importante considerar que los problemas de visión relacionados con la edad que se presentan en la totalidad de la muestra (ver tabla N° 22) exigen una iluminación muy eficiente para que este factor no sea causal de caídas que agraven aún más la situación del AM. En este caso, los AM entrevistados contarían con un importante factor protector de caídas, pues no consideran que se les dificulte el caminar por este motivo dentro de su hogar.

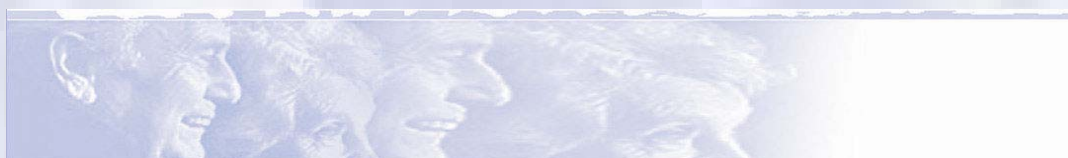
Visibilidad en las dependencias extradomiciliarias y terraza-logia de los AM entrevistados

Tabla N° 22:

	Exteriores			
Terraza-logia	No	%	Si	%
No	40	72,7	12	21,8
Si	2	3,6	1	1,8
Total	42	76,3	13	23,6

Fuente: Entrevista estructurada al adulto mayor

Hubo cuarenta personas (72.7%) que refirieron no tener problemas de visión por poca iluminación en las dependencias intradomiciliarias (terraza, logia) y extradomiciliaria (áreas verdes, escaleras y pasillos), lo que sería un factor protector de riesgo de caídas, sin embargo, existe un número no despreciable de AM que refieren tener poca visibilidad en estas mismas áreas.



Presencia de alfombras y/o choapinos dentro del domicilio de los AM entrevistados

Tabla N° 23:

Posee alfombras y/o choapinos	Total	%
No	6	10,9
Si	49	89,1
Total	55	100

Fuente: Entrevista estructurada al adulto mayor

Existen 49 personas (89,1 %) que dicen tener choapinos y/o alfombras en sus departamentos, y a su vez 6 entrevistados dijeron no tener estos artículos. Es importante considerar el amplio número de éstos elementos en los hogares de los AM entrevistados, pues su uso exige ciertas medidas para que no se conviertan en factores predisponentes de caídas.

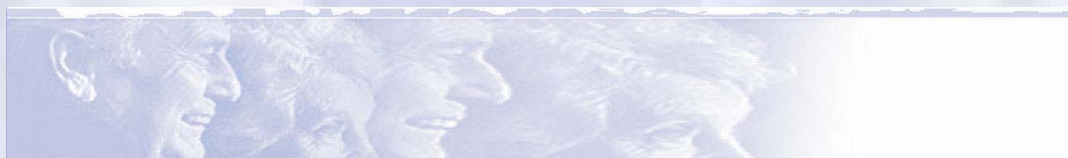
Presencia de antideslizantes en los choapinos y/o alfombras

Tabla N° 24:

Poseen antideslizantes	Total	%
Si	23	47
No	26	53
Total	49	100

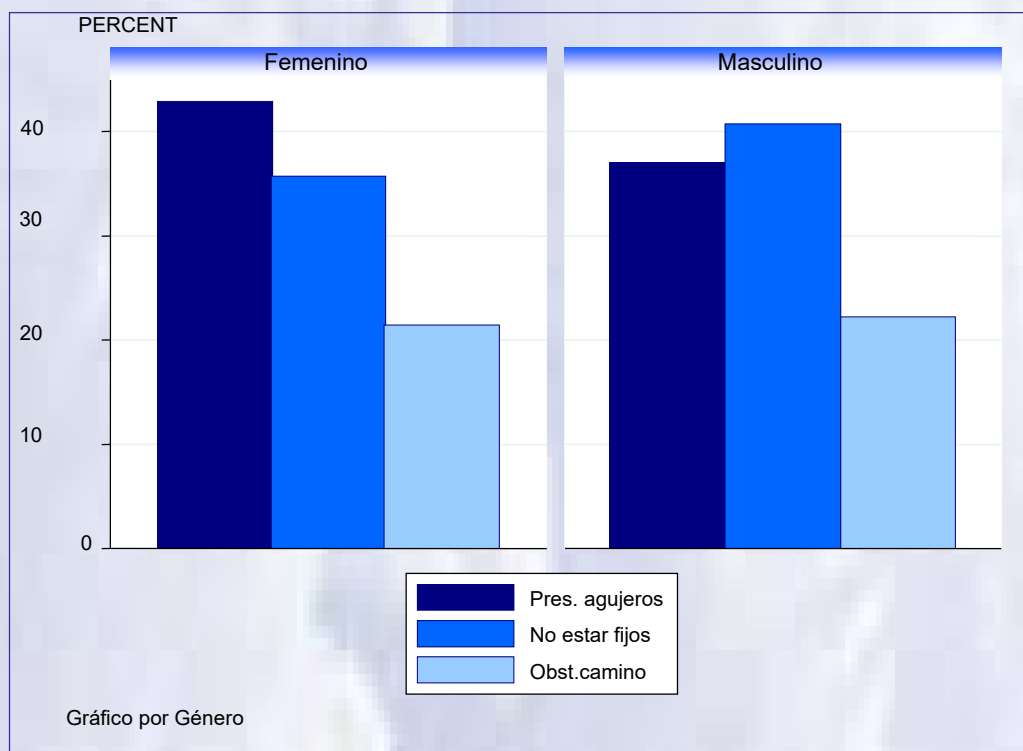
Fuente: Entrevista estructurada al adulto mayor

De las personas que dijeron tener choapinos y/o alfombras en sus departamentos, sólo la mitad de ellas refieren poseer antideslizantes. Esta gran cantidad de personas está expuesta a riesgo de caídas, lo cual puede ser solucionado con medidas bastante simples y económicas.



Condiciones adversas en alfombras y/o choapinos y tránsito por los que se les dificulta el caminar a los AM entrevistados según sexo

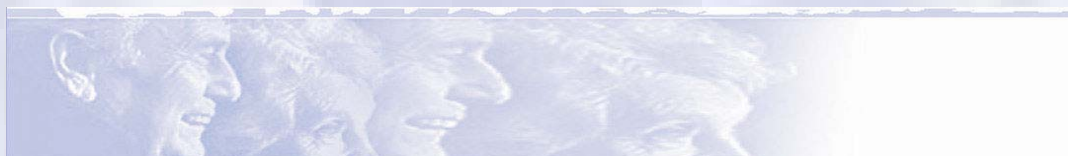
Gráfico N° 14:



Fuente: Entrevista estructurada al adulto mayor

Dentro de las mujeres la gran mayoría dice que las alfombras y/o choapinos le han dificultado el caminar por la presencia de agujeros y/o dobleces, mientras que en los hombres prevalece la respuesta de no encontrarse fijos al piso.

El rango menos citado por los AM es aquel que dice relación con obstáculos para caminar.



Tipo de piso en los departamentos de los AM entrevistados

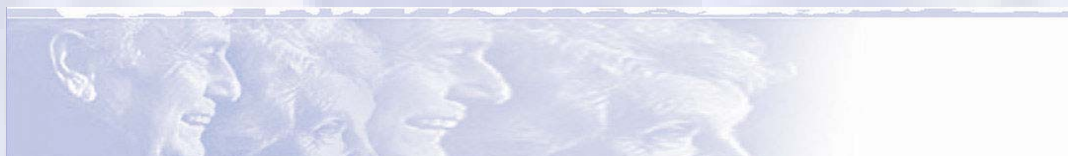
Tabla N° 25:

Tipo de piso	Frecuencia de AM entrevistados	Porcentaje (%)
Cerámicos	17	30
Plástico o Fléxit	17	30
Alfombrado	19	36
Otros	2	4
Total	55	100

Fuente: Entrevista estructurada al adulto mayor

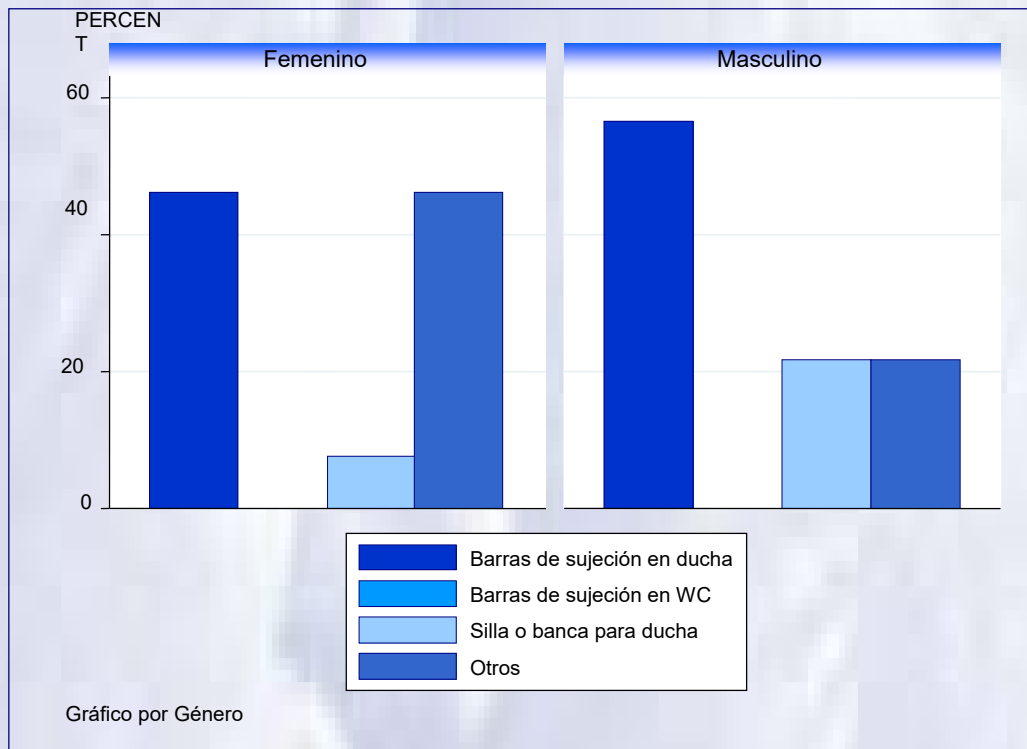
La mayoría de los pisos que tienen los AM entrevistados son alfombrados, los cuales al no ser resbaladizos son ideales a la hora de prevenir caídas.

La presencia de cerámicos y plásticos o flexit también es bastante alta. Este tipo de pisos exige que se conserven siempre secos y nunca excesivamente encerados, pues se podrían producir tanto resbalones como encandilamientos que podrían propiciar una caída en la población vulnerable. Esto unido a la ausencia de antideslizantes en choapinos y alfombras expresados en el gráfico anterior, aumenta significativamente el riesgo de caídas.



Elementos de sujeción en las salas de baños de los AM entrevistados según sexo

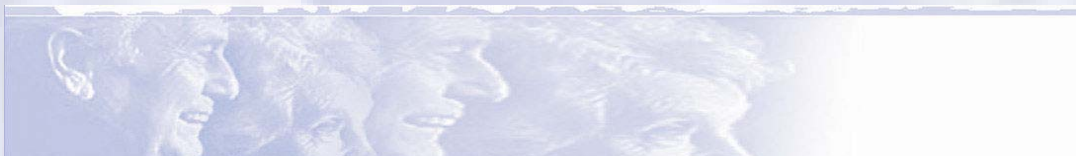
Gráfico N° 15:



Fuente: Entrevista estructurada al adulto mayor

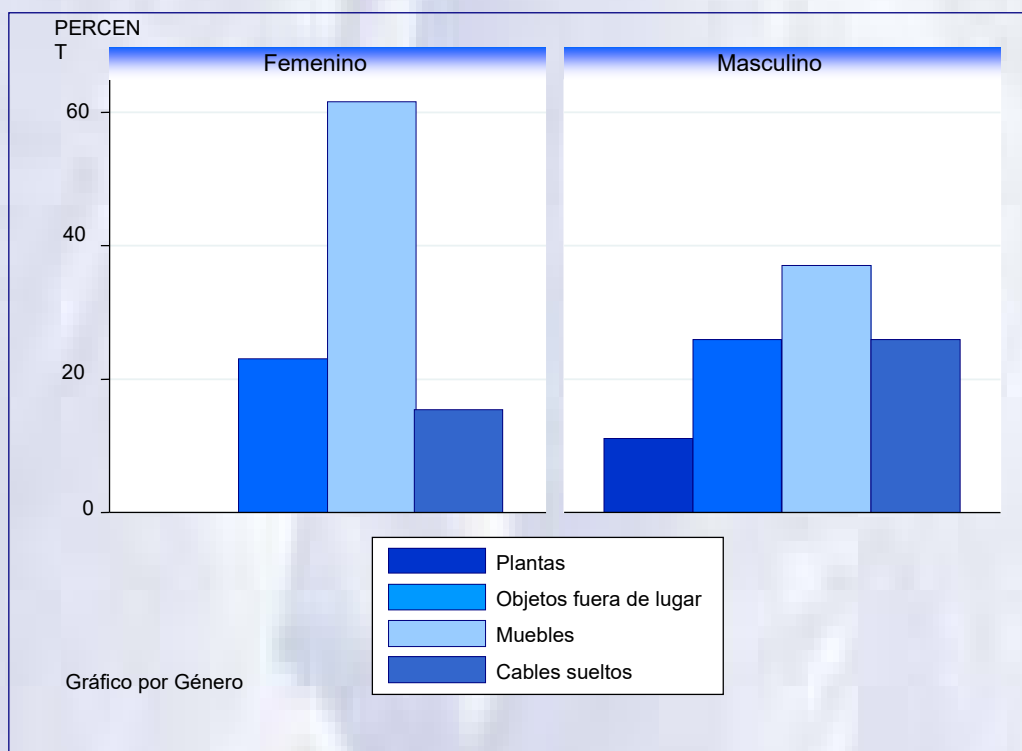
La presencia de barras de sujeción en la ducha se encuentra tanto en departamentos de hombres como de mujeres (mujeres superan el 40% y en varones casi un 60%), mientras que la presencia de barras de sujeción en WC no está presente en ninguno de los departamentos de los entrevistados.

La silla o banca para ducha se encuentra más en el sexo masculino que en el femenino. El riesgo de caídas en el interior del baño en este grupo aumentaría significativamente debido a la baja presencia de apoyo.



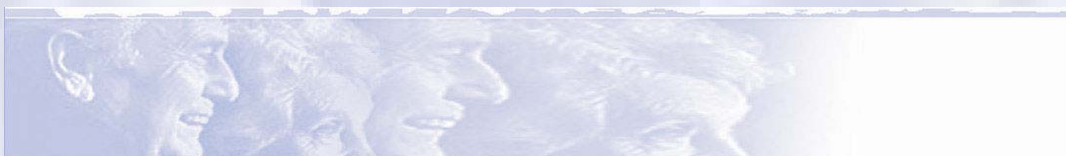
Objetos que han dificultado el paso o causado tropiezos en los AM entrevistados según sexo

Gráfico N° 16:



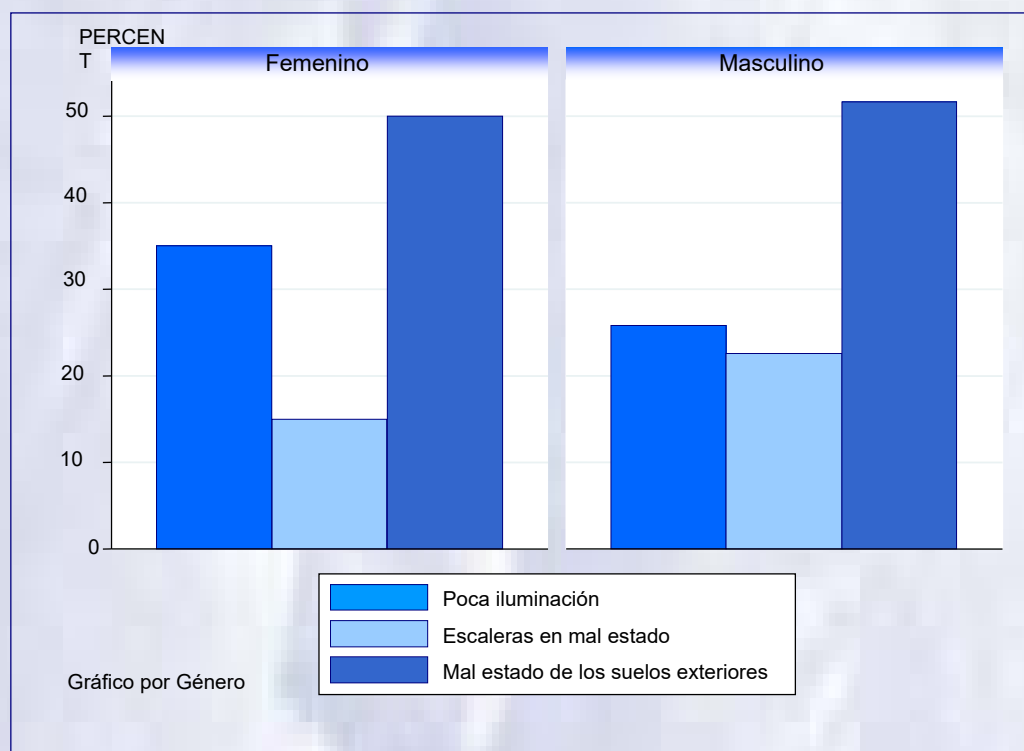
Fuente: Entrevista estructurada al adulto mayor

Es posible ver en la figura anterior que la mayoría de los tropiezos o dificultad de paso es ocasionada por los muebles, con mayor frecuencia en las mujeres. Un motivo de dificultad de paso o de tropiezo que no se encuentra presente en las mujeres, pero si en los varones son las plantas. Los resultados concuerdan con el marco teórico, el cual refiere que el principal obstáculo causante de caídas son los muebles mal ubicados que entorpecen el paso.



Dificultades de acceso al hogar de los AM entrevistados según sexo

Gráfico N° 17:

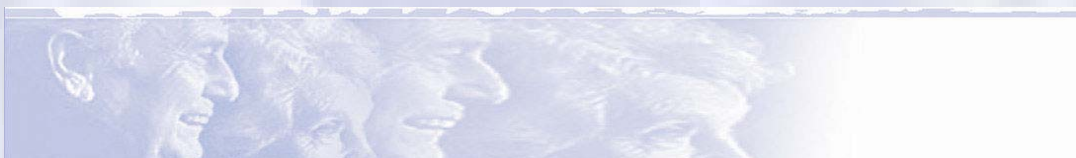


Fuente: Entrevista estructurada al adulto mayor

La mitad de las mujeres considera que al entrar al conjunto habitacional se le dificulta llegar a su casa por el mal estado de los suelos exteriores, causa que coincide con la opinión de los varones. Otra causa que también dificulta la llegada a sus casas es la poca iluminación dentro del conjunto habitacional.



CAPÍTULO 5:
RESUMEN Y RECOMENDACIONES



CONCLUSIONES

La pérdida de funcionalidad, los riesgos ambientales y la polifarmacia son actores indispensables en la producción del riesgo de caídas en el AM, provocando de esta forma una serie de consecuencias difíciles de sobrellevar que pueden llevar incluso a la postración y a la muerte.

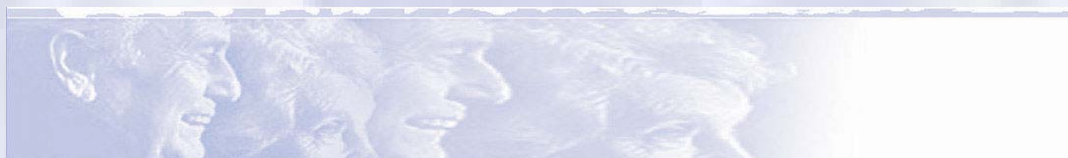
A partir de los datos obtenidos se concluye que casi la mitad de los AM entrevistados ha presentado una o más caídas durante el último año, las cuales traen como principal consecuencia las lesiones menores y el miedo a volver a caerse, que si bien no parecen tener mayor gravedad física, repercuten notablemente en la capacidad de la persona para desenvolverse en la vida diaria, prefiriendo muchas veces quedar recluidos en casa producto del temor y de un sentimiento de inutilidad que opaca la autoestima, tan necesaria para seguir siendo participantes activos de la sociedad. Llamó la atención además, la tendencia a ocultar los episodios de caídas, debido en unos casos a vergüenza y en otros al temor a la institucionalización por parte de la familia.

Casi la totalidad de los AM presenta una o más enfermedades crónicas, lo que se relaciona directamente con el gran número de medicamentos que deben consumir a diario. En este punto la polifarmacia encierra un factor de riesgo importante de caídas tanto a nivel teórico como en la muestra estudiada. En este grupo, los fármacos más consumidos son los relacionados con el sistema cardiovascular, entre los cuales los antihipertensivos ocupan el primer lugar, causando hipotensión al producirse olvidos en el AM y repetir la dosis o por visitar a más de un médico y recibir la medicación prescrita por ambos independientemente.

Dentro de los riesgos ambientales, los principales problemas detectados coinciden con el marco teórico consultado y corresponden mayormente a los muebles mal ubicados y problemas de distribución e iluminación.

En el caso de la muestra, los elementos de apoyo son en general bien utilizados, lo cual representa un factor protector para los AM.

Todos los AM entrevistados se encuentran en riesgo real de presentar una caída dentro de su hogar. Es por ello, que con propuestas simples y aplicables, pretendemos aportar ideas, la mayoría de ellas simples y económicas que permitan prevenir estos hechos mejorando la calidad de vida del AM y reconociendo finalmente a este grupo como parte importante de la sociedad, con una experiencia y sabiduría maravillosa que se debe aprender a valorar y a cuidar como lo que es: un tesoro invaluable y único.



RECOMENDACIONES / SUGERENCIAS

Implementar en el Examen Integral de Salud del Adulto Mayor (EIFAM) un ítem en donde se pesquisen factores de riesgo que tengan los AM que favorezcan a las caídas tanto en su hogar como fuera de éste. Este ítem se realizará al ingreso del AM en el Programa del Adulto Mayor e incluirá la pesquisa de alguna caída en el último tiempo.

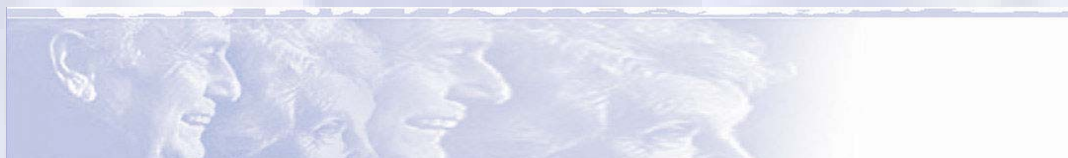
Realizar visitas domiciliarias integrales a los AM aplicando la escala de evaluación del ítem del EIFAM, respecto a factores de riesgo en su hogar y en su ambiente extradomiciliario para establecer el riesgo real y objetivo a los cuales están expuestos. Estas visitas domiciliarias sólo serían realizadas por Enfermera o Interna de Enfermería del respectivo Centro de Salud.

Elaborar un plan de prevención, que inicialmente el grupo tesista pensó en confeccionar en beneficio de los AM de la muestra, intención que fue frustrada por los atrasos expuestos. En él irán medidas prácticas y accesibles para los AM con tal que puedan eliminar los factores de riesgo que presentan, para no sufrir con posteridad una caída, como por ejemplo:

- Que posean al menos un sillón o silla con apoya brazos, los cuales sirven de apoyo una vez que el AM se levante o se siente en él.
- Si en su casa poseen escaleras, contar con pasamanos y con iluminación tanto en el extremo inferior como en el extremo superior de las escaleras.
- Si su casa posee alfombras mantenerlas en buen estado, o simplemente no poseer alfombras.
- Utilizar objetos de seguridad en el cuarto de baño así por ejemplo barandas antideslizantes al interior de la ducha y junto al WC. Además de elementos de goma antideslizante al interior de la bañera o ducha.
- Mantener, de ser posible, la cama y las sillas a una altura considerable, ya que los AM al tratar de levantarse pueden sufrir mareos lo que propende a las caídas.

Elaborar material educativo relación al Plan de Prevención (dípticos o trípticos) que será entregado a los AM y/o al cuidador en la realización del EIFAM, en aquellos casos que se han pesquisado factores de riesgo.

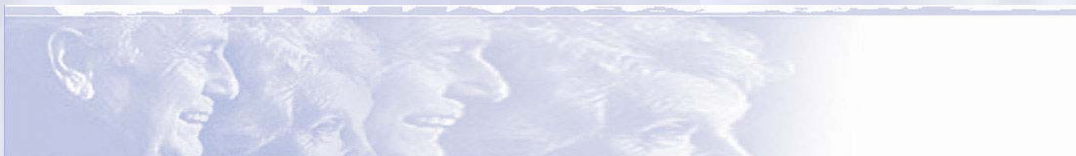
Elaborar afiches y material educativo para la población en general, publicados en los diarios murales de información a la comunidad, ubicados en donde se den a conocer los diversos factores de riesgo a los que están expuestos con respecto a las caídas.



Coordinar con médico tratante de AM para pesquisar riesgos intrínsecos de caídas y que éste informe al equipo de salud para realizar visitas domiciliarias integrales a quienes presenten estos factores.

Motivar a los AM y/o cuidadores, para que posean una lista de todos los medicamentos que consumen y que siempre cuenten con esta lista, para así evitar olvidos en el consumo o en la referencia de ellos en los controles de salud a los cuales ellos asisten.

Mantener en buen estado los elementos de apoyo, ya sean anteojos, audífonos y bastones, y tratar de reemplazarlos una vez que ya han acabado su vida útil.



PROPUESTAS A LOS CONDOMINIOS.

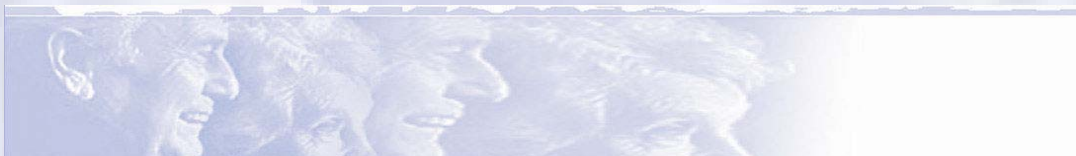
Elaboración de un diario mural informativo que se ubicará en una de las paredes externas de la administración, en dónde se postulan medidas de autocuidado con respecto a la prevención de caídas en los AM habitantes de aquellos condominios.

Dar a conocer a través de este mismo método informativo, las estancias en dónde existen irregularidades en el pavimento y crear un mapa de seguridad del interior del condominio para que los AM eviten caminar por esas instancias. Esto se haría efectivo de forma trimestral, en las reuniones administrativas y de convivencia entre los habitantes del condominio respectivo.

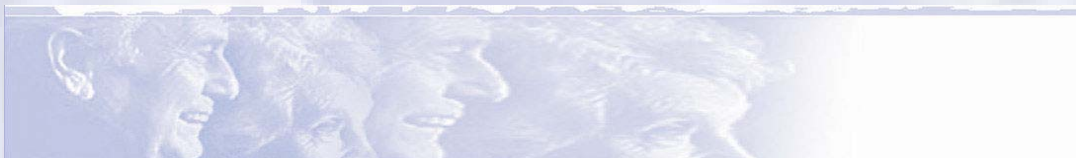
Mejorar las aceras que se encuentran en mal estado, lo que significaría una disminución de accidentes para la población en general residente de los conjunto habitacionales.

Mejorar la iluminación dentro del conjunto habitacional, tanto las áreas verdes y jardines como en las escaleras, ya que en éstas últimas la iluminación es deficiente según los resultados de la entrevista realizada a los AM.

Mejorar el estado de las escaleras, ya que éstas no poseen fondo, lo cual deja un espacio considerable entre peldaño y peldaño, lo que puede propender a accidentes tanto en los AM como en los demás habitantes del conjunto habitacional.



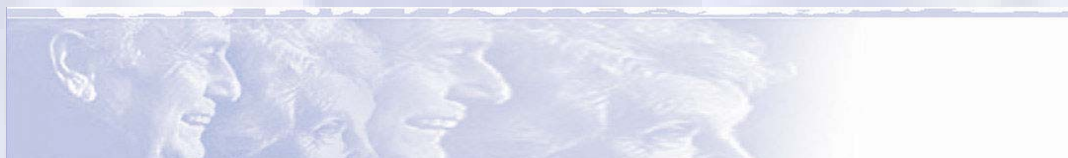
**PAGINAS COMPLEMENTARIAS:
BIBLIOGRAFIA Y ANEXOS**



BIBLIOGRAFIA

LIBROS

- BRICEÑO, Alberto com.
Lo Más Selecto del Pensamiento Universal; Juventud divino tesoro (capítulo 6)
3ªed. Perú 1999
- tr. Dra. CAMPS DEL SAZ, Pilar y otros
Enfermería Gerontológica; Problemas de morbilidad (capítulo 5)
México, Mc Graw Hill Interamericana 1998 (pp) 47-61
- GUILLER, Francisco y Ruiperez, Isidora
Manual de Geriátría; Caídas e inestabilidad (capítulo 5)
Ed. Masson, Barcelona, España 2002 (pp) 657-667
- GUIMERA, Ma. Angeles, Lázaro, Pedro y otros
Enfermería Geriátrica; (capítulo 2, 6, 10, 11, 12, 13)
Universidad Complutense, octubre 1998 (pp) 29-35 (pp) 68-73 (pp) 107-112
(pp) 113-124 (pp) 125-138 (pp) 139-154
- INTA
Diplomado en Geriátría y Gerontología; Unidad I
Santiago Chile, 2001 (pp) 273-323
- KANE, Robert L., Ouslander, G., Joseph y Abrauss, Thomas B.
Geriátría Clínica; Inestabilidad y caídas (capítulo 7)
3ª ed. (pp) 175-195
- MAEJAU, José Manuel
Gerontología Clínica, tema XXIX
Universidad Santiago de Compostela, Ediciones Segal, España, año 2003
- MINSAL, División Salud para las Personas, Dpto. Programas de las Personas
Guía para la Selección y Prescripción de Medicamentos en el Adulto Mayor, Chile 1999,
51p



MONTERO, Bayón y otros
Guía Salud Familiar
7ª ed., España, Sargona Marmol S. A., 1999 (pp) 574-581

PRESIDENCIA, de la República, Comité Nacional Adulto Mayor
Adulto Mayor, Política para el adulto mayor
Santiago, enero 1999: 26pp

RUIPEREZ I, Cantera y otros
El Paciente Anciano: 50 casos clínicos comentados
Madrid, Mc Graw Hill Interamericana de España 1998 (pp) 435-443

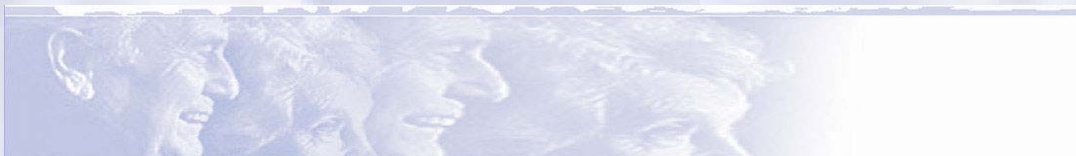
STAAB, As y Hodges LG
Enfermería Gerontológica, Promoción del funcionamiento físico del anciano (capítulo 4)
(pp) 37-46. Problemas de morbilidad. Ed. Mc Graw Hill 1996

STAAB, As y Hodges LG
Enfermería Gerontológica, Problemas de abuso de sustancias (capítulo 24) (pp) 393-415
Ed. Mc Graw Hill 1996

UNIVERSIDAD Santiago de Compostela
Gerontología Clínica; tema XXVII (pp) 967-980
Ediciones Segal, España

EU VEGA, Olivera, Teresa y Villalobos, Courtin, Alicia
Manual de Autocuidado del Adulto Mayor; Caídas (capítulo 12)
Chile, Ministerio de Salud (pp) 81-88

WILLIAM, B. Abrams M. D. y otros ed.
El Manual Merck de Geriatría; Diagnósticos generales
Barcelona, ediciones Doyma S. A. 1990, (pp) 54-72



REVISTAS

GARAY, Lillo J. y Garay, Burdeos M.
Estática y Marcha en el Anciano
Geriátrika año 1 (3): 95-97, 1992

R., H., Fisher
Caídas en la Persona Mayor y el Papel de la Geriátría
Revista española de geriatría y gerontología año 2 (38): 79-127, 2003

Dra. SILVA, Opazo, Juana
Comité Nacional para el Adulto Mayor
Manual para el autocuidado de los adultos mayores
Manual para el autocuidado de los adultos mayores Agosto año 1999

APUNTES

ALARCON, Saavedra Olga y otros
Etapas en el Proceso de Investigar
Valparaíso
Cátedra Metodología de la Investigación, 26p

CANCINO, Soledad y otros
Prevención y Manejo de las Caídas
Valparaíso
Cátedra Enfermería del Adulto Enfermo 2004, 15p

TESIS

Alumnos Enfermería Escuela de Enfermería Universidad de Valparaíso
Autonomía del AM institucionalizado en hogares de beneficencia de la V región
Valparaíso
Seminario de tesis, agosto 2005



INTERNET

Dra. BENITEZ, G., Rosana, Dra. Trinidad Hoyl M.
PUC

Fragilidad en el Anciano

[en línea]. Disponible en

www.escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/temasmedicinainterna/fragilidad.html

CATOLICA de Chile, Universidad, Facultad de Medicina, Dpto. de Medicina Interna,
Programa de Geriátria y Gerontología

Manual de Geriátria; Aspectos demográficos del envejecimiento poblacional en Chile
(capítulo 1)

[en línea]. Disponible en

www.escuela.med.puc.cl/publ/manualgeriatria/geriat_m_02.html

COPPA, Benavides, Mario y González, Viviana Andrea (consultado el: 22/08/2005)

Universidad de Chile, Facultad de Medicina, Escuela de Kinesiología

Alteraciones vestibulares determinadas por la pauta EHV de norre y riesgo de caída en
adultos mayores sobre 65 años fracturados de cadera institucionalizados de sexo
femenino

[en línea]. Disponible en

www.cybertesis.cl/tesis/uchile/2004/coppa_m/coppa_m.pdf

Dr. CHAVEZ, Jimeno, Helver (consultado el: 15/09/2005)

Fragilidad, un Nuevo Síndrome Geriátrico

[en línea]. Disponible en

www.fihu-diagnostico.org.pe/revista/numeros/2003/julago03/161-163.html

Dr. GAC, Espinola, Homero

Boletín de la Escuela de Medicina Universidad Católica de Chile

Caídas en el Adulto Mayor

[en línea]. Disponible en

escuela.med.puc.cl/boletín/geriatria/caidasadulto.html

Dra. HOYL, M., M. Trinidad (consultado el: 18/12/2005)

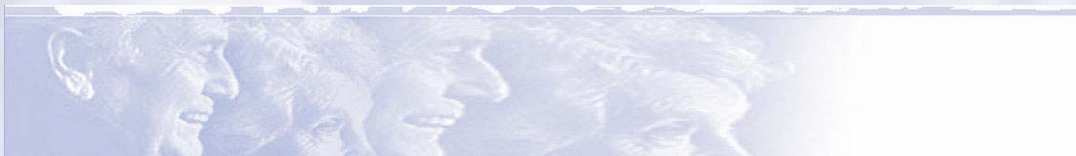
Capítulo II. Proceso de Envejecimiento: sus implicancias biológicas y sociales

Envejecimiento Biológico

Caídas en el adulto mayor

[en línea]. Disponible en

http://escuela.med.puc.cl/publ/ManualGeriatria/Geriat_M_32.html



INE

Adultos Mayores 1992-2002 Más y Mejor

[en línea]. Disponible en

www.senama.cl/archivos/741.pdf.

INE

El Adulto Mayor y las Condiciones de Vivienda

[en línea]. Disponible en

www.senama.cl/archivos/712.pdf

INE

Enfoque Estadístico “Chile y los Adultos Mayores en la Sociedad del 2000”

[en línea]. Disponible en

www.senama.cl/archivos/710.pdf.

INE, MIDEPLAN

Situación de los Adultos Mayores

[en línea]. Disponible en

www.senama.cl/archivos/746.pdf.

Prof. LARA, Díaz, Horacio (consultado el: 02/09/2005)

Actividad Física y Adulto Mayor

[en línea]. Disponible en

www.portalfitness.com/articulos/educacion_fisica/actividadfisica_adultomayor.htm

LLUIS, Ramos, Guido y otros

Revista cubana Medicina General Integral

Fragilidad en el Adulto Mayor. Un primer acercamiento

[en línea]. Disponible en

http://bvs.sld.cv/revistas/mgi/vol20_4_04/mgi09.404.htm

MARDONES, Francisco (consultado el: 02/09/2005)

Rev. Med. Chile 2004

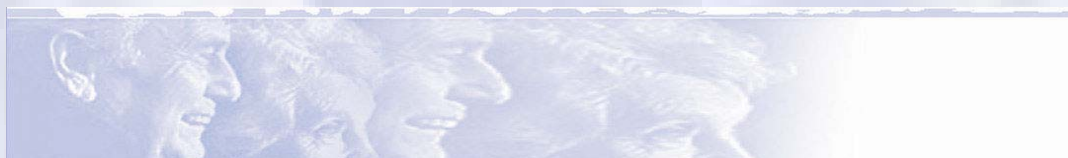
Salud pública: Algunos antecedentes sobre la inequidad en la situación de salud del adulto mayor en Chile

Dr. MARIN, Pedro (consultado el: 15/09/2005)

Fragilidad en el adulto mayor y valoración geriátrica integral

[en línea]. Disponible en

<http://escuela.med.puc.cl/publ/boletin/geriatria/fragilidadadulto.html>



MERCURIO, el (2005)
Los devastadores efectos del alcoholismo en el adulto mayor
[en línea]. Disponible en
www.alemana.cl/reader/alemana/pub/v03/59701articulos/5010120031/news3316.html?pag=1

MOLINOS, Y., Juan Carlos
Porcentajes y Síndrome post caída
[en línea]. Disponible en
www.labomed.cl/caidas.htm

NACION, La (consultado el 10/09/2005)
Informaciones: Chile: Consultorios entregan deficiente atención a adultos mayores y a pacientes con depresión
[en línea]. Disponible en
[www.chile21.cl/voz/2001/25.act+sistema+publico+salud+en+adultos+mayores\\$hl=es](http://www.chile21.cl/voz/2001/25.act+sistema+publico+salud+en+adultos+mayores$hl=es)

NOVARTIS Consumer Health S. A. (1998)
Requerimientos nutricionales en la tercera edad
[en línea]. Disponible en
www.novartismedicalnutrition.com/es/pubs

Lic. PARDO, Andreu, Gilberto (consultado el: 11/06/2005)
Universidad de Camagüey
Consideraciones generales sobre algunas de las teorías del envejecimiento
[en línea]. Disponible en
http://www.bvs.sld.cu/revistas/ibi/vol22_1_03/ibi08103.htm

RAMIREZ, Fernández, Isabel Margarita
Universidad de Chile
La autonomía v/s dependencia en la vejez
[en línea]. Disponible en
<http://rehue.csociales.uchile.cl/antropologia/congreso/s2307.html>

Dr. VALENZUELA, A., Eduardo (consultado el: 15/09/2005)
Uso de fármacos en el adulto mayor
[en línea]. Disponible en
<http://escuela.med.puc.cl/publ/boletin/geriatria/usofarmacos.html>



WALTER, Graciela
Autonomía en la vejez y derechos humanos
[en línea]. Disponible en
www.psiconet.com/tiempo/monografias/autonomia.htm

Atención en salud para los adultos mayores ¿oportuno?
[en línea]. Disponible en
[www.chile21.cl/foro21/39/6.act+sistema+publico+salud+en+adultos+mayores+%c2%bfe+s+oportuno%3f\\$he=es](http://www.chile21.cl/foro21/39/6.act+sistema+publico+salud+en+adultos+mayores+%c2%bfe+s+oportuno%3f$he=es)

Los tropiezos de la edad
[en línea]. Disponible en
www.elmostrador.cl/familia_mayor/detalle_noticia.asp?id

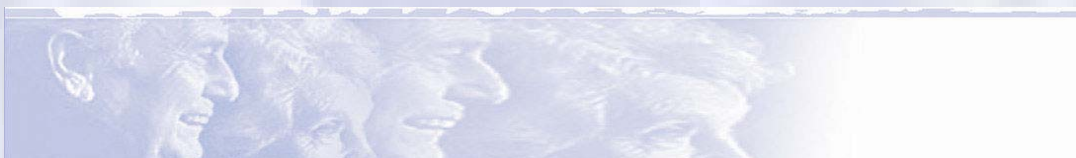
ENTREVISTAS

ADRIAZOLA, Liliana
Estadística
Departamento de Estadística del Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota

BERRIOS, Pamela
Enfermera Supervisora
Servicio de Urgencia Adultos Hospital Doctor Gustavo Fricke

GAMBOA, Raquel
Enfermera Supervisora
Servicio de Urgencia Adultos Hospital Carlos Van Buren

SCHIAPACASSE, Karen
Jefa del Departamento de Estadística
Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio



INSTRUCTIVO DE APLICACION

- **Descripción del instrumento**

El instrumento consiste en una entrevista estructurada al AM de 2 hojas de oficio impresas por ambos lados. Cuenta con cuatro ítems, cada uno de los cuales tiene un número determinado de preguntas que suman un total de veintiséis.

ITEM	TEMA	Nº PREGUNTAS
I	Caídas	4
II	Problemas de Salud	6
III	Polifarmacia	5
IV	Riesgos Ambientales	11

- **Encuestadores**

El instrumento deberá ser aplicado por alumnas de cuarto año de la carrera de enfermería del año 2005.

- **Presentación personal de las entrevistadoras**

Las alumnas deberán llevar el cabello tomado, ir vestidas con traje de Cátedra Comunitaria y piocha de identificación con nombre y carrera.

- **Aplicación**

Previo a la aplicación del instrumento, se le debe recordar al AM los objetivos y el procedimiento a realizar.

Se deberá preguntar al AM si se encuentra dispuesto en ese momento a responder la entrevista. De no ser así acordar otro día y hora.

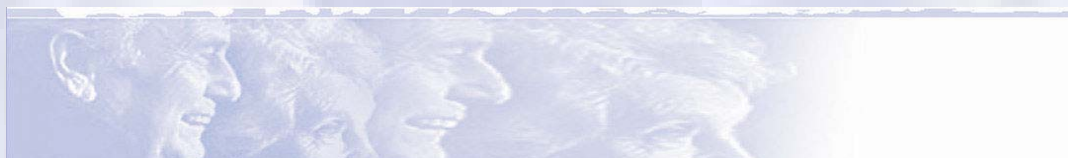
Las preguntas deberán ser leídas textualmente al AM, en forma clara y pausada.

Se podrán releer las preguntas cuantas veces sea necesario.

Se podrá explicar y/o aclarar dudas en caso que el entrevistado lo requiera, cuidando siempre de no inducir las respuestas.

Ambiente

El lugar de aplicación será el interior del hogar del AM.



Tanto el entrevistador como el entrevistado deberán sentirse cómodos, de preferencia estar sentados, en un ambiente libre de distractores como radio o televisión, con una iluminación adecuada y buena ventilación.

El instrumento deberá ser aplicado solamente al AM, sin influencias de terceras personas, a las cuales se les pedirá que se retiren unos momentos del lugar o de lo contrario que guarden silencio durante la entrevista.

Completación de los datos en el instrumento

Las respuestas serán marcadas solamente por el entrevistador, con letra imprenta, lápiz grafito y corregidas en caso de errores con goma de borrar.

Una vez terminada la aplicación y de cerciorarse que no existen errores, remarcar las respuestas con lápiz pasta negro o azul.

Se deberá marcar solamente una alternativa en cada pregunta excepto en las preguntas 3 y 4 del ítem I, 1 y 3 del ítem II, 1 y 6 del ítem IV, donde se podrá marcar más de una alternativa si corresponde a la respuesta del AM.

Consideraciones

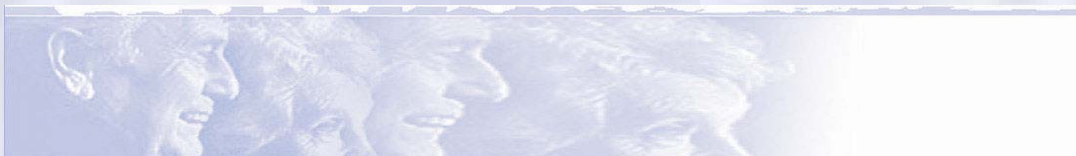
El día y hora de la entrevista deberá ser acordada con cada AM vía telefónica, internet u otra.

En los datos generales se debe completar el dato "N°AM". Este dato que deberá ser completado con números romanos, es para diferenciar a los AM que habitan dentro de un mismo departamento. Al AM de mayor edad se le deberá asignar el número I y así sucesivamente.

Ejemplo:

Si en el departamento hubiese solo un AM el dato será I

Si en el departamento hubiese tres AM, uno de 60, otro de 68 y otro de 70, los números serán III, II y I respectivamente.

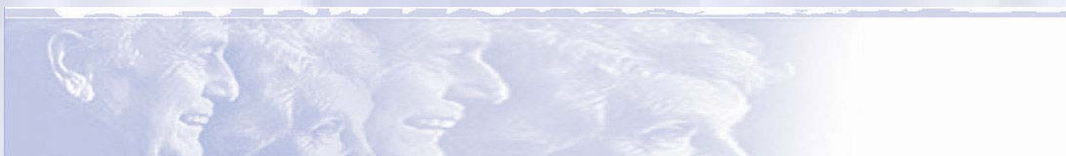


ENTREVISTA ESTRUCTURADA AL AM

Entrevistador _____ Conjunto habitacional LR CM
 Edificio _____ N° Departamento _____
 N° AM _____ Edad _____
 Sexo Femenino Masculino
 Escolaridad Básica Media Superior
 Previsión FONASA Isapre FFAA Sin Previsión

ITEM I	CAÍDAS
---------------	---------------

- 1.- ¿Cuántas veces se ha caído en el último año?
- a) Más de dos veces ¿Cuántas? _____
 b) Una vez
 c) Nunca (Pase al Ítem II)
- 2.- Su última caída fue causada por:
- a) Mareo
 b) Debilidad
 c) Tropiezo
 d) No recuerda
 e) Otro motivo ¿Cuál? _____
- 3.- ¿Dónde han ocurrido estas caídas? (puede marcar más de una)
- | | |
|--|---|
| a) Cocina / baño <input type="checkbox"/> | e) ¿Dónde? |
| b) Dormitorio <input type="checkbox"/> | 1. Pasillo <input type="checkbox"/> |
| c) Living / comedor <input type="checkbox"/> | 2. Jardín <input type="checkbox"/> |
| d) Terraza/logia <input type="checkbox"/> | 3. Escalera <input type="checkbox"/> |
| e) Exteriores del departamento (pase al lado) <input type="checkbox"/> | 4. Otros _____ <input type="checkbox"/> |
| f) Fuera del condominio <input type="checkbox"/> | |
- 4.- ¿Qué consecuencias le trajo esta caída? (puede marcar más de una)
- a) Hospitalización
 b) Fractura
 c) Algún grado de dependencia física
 d) Miedo a volver a caerse
 e) Abatimiento / tristeza
 f) Lesiones menores (moretones, heridas, etc)



ITEM II**PROBLEMAS DE SALUD**

1.- ¿Cuál o cuáles son las enfermedades actuales que presenta? (puede marcar más de una)

- a) Hipertensión
- b) Diabetes
- c) Insuficiencia cardiaca
- d) Enfermedad renal
- e) Enfermedades osteoarticulares
- f) Otras _____
- g) No presenta

2.- ¿Usted asiste regularmente a...?

- a) Controles de salud Crónico Sí No
- b) Controles de salud Preventivo Sí No

3.- En las últimas semanas se ha sentido: (puede marcar más de una)

- a) Adormilado, somnoliento
- b) Mareado
- c) Confundido
- d) Débil
- e) Ninguno

4.- Utiliza bastón para movilizarse

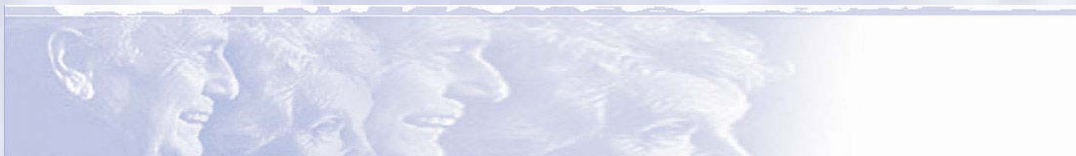
- Sí No

5.- ¿Tiene usted problemas de visión?

- Sí Utiliza lentes para compensar este déficit Sí No
- No

6.- ¿Tiene usted problemas de audición?

- Sí Utiliza audífonos para compensar este déficit Sí No
- No



ITEM III POLIFARMACIA

1.- ¿Consume algún medicamento?

Sí

No (Pase a la pregunta 5)

2.- ¿Cuántos medicamentos diferentes toma al día?

a) 0

b) 1

c) 2

d) 3 ó más ¿Cuántos? _____

Cuál _____

Cuáles _____

Cuáles _____

3.- Para tomar sus medicamentos, usted:

a) Es independiente y no requiere la ayuda de otros

b) Requiere ayuda parcial (le recuerdan cuándo tomarlos o se los ordenan)

c) Es totalmente dependiente de otras personas (deben darle los medicamentos)

4.- ¿Olvida tomar sus medicamentos?

a) Nunca

b) A veces

c) Casi siempre

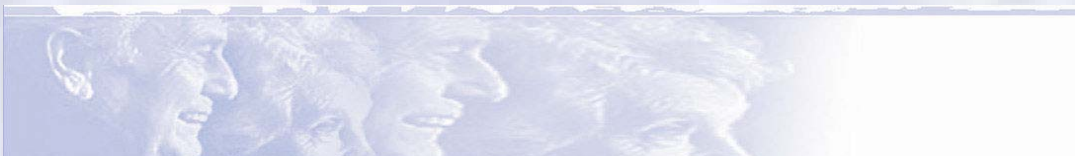
5.- Suele usted tomar otros medicamentos y/o hierbas y/o medicamentos naturales

No

Sí

¿Cuáles? _____

¿Cuándo? _____



ITEM IV RIESGOS AMBIENTALES

1.- En qué lugar de su casa o exteriores le cuesta ver porque hay poca iluminación (día y noche) (puede marcar más de uno)

- a) Baño/cocina
- b) Terraza/logia
- c) Living/comedor
- d) Dormitorio
- e) Exteriores del conjunto
- f) Ninguno

2.- Los interruptores de luz son:

- a) Fáciles de alcanzar Sí No
- b) Fácilmente visibles Sí No

3.- ¿En su casa tiene choapinos y/o alfombras?

- Sí No (Pase a la pregunta 6)

4.- ¿Estos choapinos y/o alfombras cuentan con antideslizantes (gomas, clavados al piso, etc.)?

- Sí No

5.- Las alfombras y/o choapinos le han dificultado el caminar por:

- a) Presencia de agujeros y/o dobleces Sí No
- b) No encontrarse fijos al piso Sí No
- c) Obstaculizar su caminar Sí No
- d) Otros Sí No

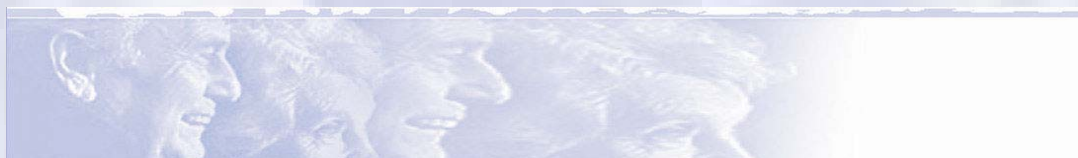
6.- Que tipo de pisos tiene: (puede marcar más de una)

- a) Cerámicos
- b) Cubre piso plástico o flexit
- c) Alfombrado
- d) Otros _____

7.- Su cuarto de baño cuenta con:

- a) Barras de sujeción en ducha Sí No
- b) Barras de sujeción en WC Sí No
- c) Silla o banca para ducha Sí No
- d) Otros elementos de sujeción Sí No

¿Cuáles? _____



8.- Considera que los muebles de su hogar tienen una altura cómoda para usted

- Sí No Algunos

9.- Los asientos que usted ocupa cuentan con reposa-brazos

- Sí No Algunos

10.- Alguna vez se ha tropezado o han dificultado su paso

- | | | |
|---------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| a) Cables sueltos | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| b) Muebles | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| c) Objetos fuera de lugar | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| d) Plantas | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| e) Otros _____ | | |

11.- Considera usted que al entrar al conjunto habitacional se le dificulta llegar a su casa por:

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| a) Poca iluminación | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| b) Escaleras en mal estado | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| c) Mal estado de los suelos exteriores | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| d) Otros _____ | | |

