

ORIGINAL BREVE**ADHERENCIA A LAS RECOMENDACIONES PARA EVITAR CAÍDAS
EN PERSONAS MAYORES DE 64 AÑOS ALBACETE, 2009****Fernando Andrés Pretel (1), Beatriz Navarro Bravo (1, 2), Ignacio Párraga Martínez (1), M^a Antonia de la Torre García, José María del Campo del Campo (1) y Jesús López-Torres Hidalgo (1, 2)**

(1) Unidad de Investigación de la Gerencia de Atención Primaria de Albacete (SESCAM).

(2) Facultad de Medicina de Albacete, Universidad de Castilla-La Mancha.

RESUMEN

Fundamento: Existen recomendaciones para que las personas mayores eviten las caídas. Nuestro objetivo es determinar el grado de conocimiento y adhesión a tales recomendaciones, así como analizar las características sociodemográficas y de morbilidad asociadas.

Métodos: Estudio descriptivo observacional. La población diana son las personas mayores que viven en la comunidad. Los sujetos fueron seleccionados mediante muestreo aleatorio (n=919) y entrevistados sobre los conocimientos y el nivel de adherencia a las recomendaciones que existen para prevenir caídas, recabando también información sobre sus problemas de salud y sus características sociodemográficas. Se realizó un análisis descriptivo y se comparó a los sujetos «más cumplidores» con el resto de los participantes. Usando un análisis multivariante se comprobó la asociación de la adherencia con sus posibles factores condicionantes.

Resultados: El 50,8% desconocía que existen ejercicios físicos recomendados para prevenir caídas y el 22,0% que cuidar los pies puede contribuir a este fin. Las recomendaciones con mayor adherencia son las referentes al cuarto de baño, donde el 62,2% utiliza la ducha para el aseo personal y el 83,5% utiliza alfombra o suelo antideslizante en la ducha o bañera. Las variables asociadas con un mayor cumplimiento son: presencia de 3 o más problemas de salud (OR: 1,6), edad superior a 80 años (OR: 1,4), mayor nivel de escolarización (OR: 1,5) y sujetos solteros, viudos o divorciados (OR: 1,4).

Conclusiones: Aunque, en general, las personas mayores poseen unos conocimientos aceptables sobre las recomendaciones para evitar las caídas, se desconoce de los ejercicios físicos que existen para prevenir caídas. Probablemente las personas más cumplidoras son también las más frágiles y las que tienen más miedo a caerse.

Palabras clave: Envejecimiento, Salud del Anciano, Prevención de Accidentes, Accidentes por Caídas.

ABSTRACT**Adherence to Recommendations
to Prevent Falls in the Elderly,
Albacete, Spain, 2009**

Background: There are recommendations to prevent falls. Our goal is to determine, in older people, the knowledge and adherence to these recommendations, and to analyze the demographic characteristics and associated morbidity.

Methods: Observational study of prevalence and crossed association. The target population are older people living in the community. The subjects were randomly selected (n = 919) and interviewed about their knowledge and level of adherence to existing recommendations to prevent falls in older people, we also gathered information about their health problems and their demographic characteristics. A descriptive analysis was performed and compared the «more compliant» subjects with the rest of the participants. Using a multivariate analysis the association of adherence with possible factors was found.

Results: 50.8% were unaware that there are physical exercises recommended to prevent falls and 22.0% that taking care of your feet can contribute to this end. The recommendations with greater adherence are those related to the bathroom, where 62.2% used the shower for personal hygiene and 83.5% use non-slip floor mat in the shower or bathtub. Variables associated with increased compliance are: presence of 3 or more health problems (OR: 1.6), age over 80 years (OR: 1.4), higher level of schooling (OR: 1.5) and unmarried individuals, widowed or divorced (OR: 1.4).

Key words: Aging, Health of the Elderly, Accident Prevention, Accidental Falls.

Correspondencia:

Fernando Andrés Pretel
C/ Marqués de Villores, 6
02001 Albacete
fandresp@sescam.jccm.es
Teléfono: 967 19 51 31
Fax: 967 22 69 85

Concesión de una Beca por parte de la Fundación para la Investigación Sanitaria en Castilla-La Mancha para la realización del estudio «Prevención de caídas en población mayor». (Financiado por la Fundación para la Investigación Sanitaria de Castilla-La Mancha; Resolución de fecha 7 de abril de 2009).

INTRODUCCIÓN

Las caídas son un problema de salud importante en las personas mayores debido por una parte a las lesiones de tipo físico, como fracturas y lesiones de cabeza y, por otra, a los problemas a largo plazo que incluyen incapacidad, miedo a caerse y pérdida de independencia¹. Lee et al.² realizaron un estudio en el que se analizaron los patrones de accidentes caseros entre las personas mayores de 65 años atendidas en un servicio de urgencias. Los resultados de este estudio muestran que el principal tipo de accidente doméstico (75%) fueron las caídas y el cuarto de baño el lugar con mayor proporción de accidentes en el hogar (29%).

Existen distintos estudios que han determinado la prevalencia de caídas en ancianos y coinciden en que un tercio de éstos se cae cada año³⁻⁵, aunque este dato puede ser mayor en ancianos institucionalizados.⁶⁻⁸ Otras investigaciones apuntan a una prevalencia mayor, de hasta el 42%, en ancianos no institucionalizados.⁹⁻¹⁰ Los referidos estudios usan un sistema de recogida de datos que incluye calendarios de caídas y llamadas telefónicas regulares que podría ofrecer resultados más precisos. Formiga⁷ habla de las dificultades en la estimación de la prevalencia real puesto que, por un lado, entre un 13% y un 32% de los ancianos no recuerdan las caídas de los meses previos y, por otro, existen caídas no reportadas por considerarse algo propio de la edad.

Existen dos aspectos de las caídas que han sido ampliamente analizados: los factores predisponentes y los factores precipitantes. Los primeros, analizados por Peeters, van Schoor and Lips¹¹, incluyen tanto factores sociodemográficos como los relacionados con el estado de salud y la situación funcional de las personas mayores. Por su parte, entre los factores precipitantes son relevantes las características del entorno, así como los problemas para caminar¹². En el origen de los problemas al caminar, la debilidad, los

problemas de equilibrio y de longitud del paso son los factores que intervienen con más frecuencia.

En la prevención de las caídas Gates et al.¹ clasifican las intervenciones en tres ramas básicas, que son el aumento de la fuerza y el equilibrio, la modificación de riesgos en el hogar y la retirada de drogas psicotrópicas. Al respecto, la considerable literatura que existe sobre dichas intervenciones nos indica que las acciones más exitosas y con mayor adherencia son las referentes al aumento de fuerza y equilibrio.

La alta incidencia de las caídas y su gravedad han propiciado el estudio de numerosas intervenciones potencialmente efectivas a la hora de prevenir la caída del anciano. La United States Preventive Task Force¹³ (USPSTF) y el Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud¹⁴ (PAPPS) han ofrecido algunas recomendaciones específicas a la hora de prevenir caídas: práctica de ejercicio físico (entrenamiento del equilibrio y fortalecimiento muscular), intervenciones multifactoriales y multidisciplinarias intensivas (en ancianos con alto riesgo de caídas), consejo a cuidadores y ancianos sobre la adopción de medidas para reducir el riesgo de caídas (práctica de ejercicio físico, reducción de peligros ambientales y monitorización de la medicación, reduciendo el uso de psicofármacos), protectores de cadera en ancianos frágiles, etc.

En el estudio de Hill, Moore, et al.¹⁵, llevado a cabo sobre pacientes de una clínica de caídas, se identificaron los factores de riesgo en cada sujeto (en promedio, 7,6 factores por participante) y se iniciaron acciones preventivas específicas para cada uno (en promedio, 5,7 acciones por persona), consiguiendo una reducción en el número de caídas, de caídas múltiples y de heridas por caídas del 50%.

Aunque la mayoría de los ancianos conserva la movilidad (76,9%), sólo el 23,8%

practica algún tipo de ejercicio físico¹⁶. Usando la gimnasia y el ejercicio físico como acciones preventivas, se han obtenido grados de adherencia inferiores a los deseables, pues, como se muestra en el estudio de Campbell AJ, et al.¹⁷, solo el 42% de los sujetos continuaban el programa de ejercicios semanales tras 12 meses.

Teniendo en cuenta estas consideraciones, el objetivo de este estudio es determinar, en las personas mayores, el grado de conocimiento de las recomendaciones más frecuentes para evitar caídas y que guardan relación con los factores modificables, además de comprobar el grado de adhesión o cumplimiento de dichas recomendaciones. Así mismo, se pretende analizar la situación sociodemográfica y las características de morbilidad de los sujetos para comprobar si existe asociación con el nivel de adherencia a tales recomendaciones.

SUJETOS Y MÉTODO

Se trata de un estudio observacional descriptivo, de ámbito comunitario, realizado en la ciudad de Albacete, la cual está dividida en 9 Zonas Básicas de Salud y comprende una población total de 169.716 habitantes, de los cuales el 13,5% tienen una edad de 65 o más años.

La población diana está constituida por las personas de 65 o más años de edad que residen en la comunidad. El tamaño muestral, calculado mediante el programa EPI-DAT 3.0, corresponde a una adherencia esperada a las recomendaciones del 34% (nivel de confianza del 95%, precisión $\pm 3\%$ y tamaño poblacional 22.912 sujetos). Fueron excluidos los sujetos que, a juicio del personal entrevistador, presentaban un bajo rendimiento intelectual, insuficiente para prestar su colaboración en el estudio, estado de conciencia insuficiente para la realización de la entrevista, deficiencias sensoriales severas incompatibles con la misma o estado

de inmovilidad permanente. Se seleccionó a las personas participantes mediante un muestreo simple aleatorio a partir de la base de datos de Tarjeta Sanitaria, para lo cual se obtuvo la correspondiente autorización por parte de la Gerencia de Atención Primaria de Albacete. Dicha selección se realizó por medio de una secuencia de números aleatorios generada por el programa PASW v17.0. Considerando solamente a las personas que pudieron ser localizadas y que inicialmente cumplían con los criterios de inclusión y exclusión (1.416 sujetos), la tasa de respuesta fue del 64,9%, obteniéndose finalmente la información necesaria para el estudio en 919 sujetos.

Se contactó con los sujetos seleccionados mediante carta, explicándoles los objetivos del estudio y solicitando su participación voluntaria en el mismo. Posteriormente, desde la Unidad de Investigación de la Gerencia de Atención Primaria, se les llamó por teléfono para confirmar su participación, resolver las dudas que hubieran podido surgirles y citarles en su centro de salud en función de su lugar de residencia para ser entrevistados por personal sanitario, acudiendo al domicilio cuando existía alguna dificultad para efectuar el desplazamiento. En esta fase se consideró que la persona era «imposible de localizar» si después de al menos 3 llamadas en distintos horarios no se consiguió hablar con ella..

Los datos fueron recogidos en un cuestionario precodificado, específicamente diseñado para el estudio, revisando para su elaboración las recomendaciones o evidencias sobre medidas preventivas de las caídas^{13-14,18-19}. Previamente a la elaboración del cuestionario definitivo, se realizaron pruebas con ancianos para evaluar la comprensión de las preguntas y también para obtener las posibles respuestas de los entrevistados mediante preguntas abiertas.

Mediante entrevista estructurada, los participantes fueron interrogados sobre:

Tabla 1
Conocimiento de medidas preventivas

Pregunta	Si n (%)	No n (%)	NC*	Total n (%)
¿Sabe que algunos fármacos pueden bajarle la tensión?	740 (80,7)	177 (19,3)	0 (0)	919 (100)
¿Sabe usted que existen ejercicios que pueden ayudar a prevenir las caídas?	451 (49,1)	467 (50,8)	1 (0,1)	919 (100)
¿Sabe que cuidar sus pies le puede ayudar a prevenir las caídas?	715 (77,8)	202 (22,0)	2 (0,2)	919 (100)
¿Sabe que tener interruptores de luz accesibles en la entrada de las habitaciones puede hacer que usted se caiga menos?	669 (72,8)	241 (26,2)	9 (1,0)	919 (100)
¿Conoce que existen una serie de precauciones con el suelo de la casa para evitar las caídas?	600 (65,3)	317 (34,5)	2 (0,2)	919 (100)
¿Conoce los dispositivos que existen para prevenir caídas en el baño?	707 (76,9)	211 (23,0)	1 (0,1)	919 (100)
¿Sabe usted que salir a la calle cuando ha helado o hay nieve aumenta el riesgo de caídas?	911 (99,1)	2 (0,2)	6 (0,7)	919 (100)
¿Sabe que existe calzado con suelas antideslizantes para evitar caídas?	683 (74,3)	233 (25,4)	3 (0,3)	919 (100)
¿Sabe que usar tacones puede aumentar el riesgo de caídas?***	482 (95,6)	15 (3,0)	7 (1,4)	504 (100)
¿Sabe que si no se ajusta bien el calzado puede caerse?	870 (94,7)	28 (3,0)	21 (2,3)	919 (100)

* NC: No contesta.

*** Pregunta solo formulada a mujeres.

1. Conocimiento de las recomendaciones para evitar caídas mediante preguntas de respuesta alternativa (sí/no) (tabla 1).
2. Cumplimiento de las recomendaciones preventivas mediante preguntas de respuesta alternativa (sí/no) (tabla 2).
3. Enfermedades o problemas de salud declarados por los sujetos (Clasificación Internacional en Atención Primaria, CIAP-2 de la WONCA)²⁰, así como el consumo de medicación (Clasificación Anatómico-Terapéutica).
4. Características de los participantes: sexo, edad, estado civil, nivel de ins-

trucción y clase social basada en la ocupación ejercida por el anciano durante la mayor parte de su vida (Clasificación Nacional de Ocupaciones²¹).

Respecto al análisis estadístico, en primer lugar se realizó un análisis descriptivo de los sujetos de la muestra mediante proporciones, medidas de tendencia central y medidas de dispersión. A partir del cuestionario se creó una variable sintética denominada «Grado de adherencia». Para ello se cuantificó la adherencia de cada sujeto entre 0 y 12, puntuando como 1 cada respuesta afirmativa y 0 cada respuesta negativa. En este cálculo no se incluyeron las preguntas sobre «utilización de tacones altos», sólo formulada a

Tabla 2

Adherencia a las medidas preventivas

Pregunta	Si N (%)	No N (%)	NC*	Total N (%)
¿Realiza algún tipo de ejercicio físico?	479 (52,1)	438 (47,7)	2 (0,2)	919 (100)
¿Toma algún fármaco que note o le hayan contado que baja la tensión?	393 (42,8)	524 (57,0)	2 (0,2)	919 (100)
¿Toma usted 4 o más medicamentos diarios?	472 (51,4)	447 (48,6)	0 (0)	919 (100)
¿Utiliza algún sistema de apoyo como bastón o andador para ayudarse a caminar?	134 (14,6)	783 (85,2)	2 (0,2)	919 (100)
¿Utiliza algún tipo de corrección protésica?	122 (13,3)	792 (86,2)	5 (0,5)	919 (100)
¿Visita al podólogo al menos una vez al año?	324 (35,3)	592 (64,4)	3 (0,3)	919 (100)
¿Usa cera antideslizante?	28 (3,0)	861 (93,7)	30 (3,3)	919 (100)
Si tiene alfombras en casa, ¿tiene los bordes y las esquinas de éstas adheridos al suelo?***	111 (32,6)	226 (66,5)	3 (0,9)	340 (100)
¿Necesita usar escaleras en su domicilio? (casa o portal)	401 (43,6)	516 (56,1)	3 (0,3)	919 (100)
¿Las sillas de su casa tienen reposabrazos?	147 (16,0)	771 (83,9)	1 (0,1)	919 (100)
¿Usa la ducha para su aseo personal en lugar de utilizar la bañera?	570 (62,0)	341 (37,1)	8 (0,9)	919 (100)
¿Tiene barras de sujeción en el baño?	303 (33,0)	615 (66,9)	1 (0,1)	919 (100)
¿Tiene alfombra o suelo antideslizante en la ducha/bañera?	767 (83,5)	152 (16,5)	0 (0)	919 (100)
¿Tiene silla en la ducha/bañera?	184 (20,0)	735 (80,0)	0 (0)	919 (100)
Cuando va en autobús ¿toma precauciones como intentar ir sentado o ir bien sujeto?	543 (59,1)	370 (40,3)	6 (0,7)	919 (100)
¿Utiliza suelas antideslizantes en el calzado?	353 (38,4)	563 (61,3)	3 (0,3)	919 (100)
¿Usa tacones altos?***	44 (8,7)	448 (88,9)	12 (2,4)	492 (100)

* NC: No contesta.

** Pregunta solo respondida por quienes tienen alfombras.

*** Pregunta solo realizada a mujeres.

mujeres, «fijación de alfombras», sólo respondida por quienes las poseen, y las referidas a «consumo de fármacos que reducen la tensión arterial», «consumo de más de cuatro fármacos» y «necesidad de usar escaleras en el domicilio», por considerar que la adherencia a dichas recomendaciones no depende de la voluntad del anciano. Se definió como «más cumplidores» a aquellos sujetos

que obtuvieron una puntuación superior al percentil 75 de la distribución (5 puntos) y mediante una prueba de comparación de proporciones (chi-cuadrado) se comparó a los sujetos «más cumplidores» con el resto. El grado de significación estadística considerado en el estudio fue $p < 0,05$.

Mediante análisis multivariante (regresión logística) se comprobó la asociación de

Tabla 3

Variables asociadas a una mayor adherencia a las recomendaciones mediante un modelo de regresión logística

Variables	Coefficiente	Wald	P	OR	IC 95%
Problemas de salud =3	0,456	10,317	0,001	1,6	1,2-2,1
Edad > 80 años	0,354	4,035	0,04	1,4	1,1-2,1
Mayor nivel escolarización	0,371	6,765	0,009	1,5	1,1-1,9
Solteros, viudos o divorciados	0,325	4,676	0,03	1,4	1,1-1,9

la adherencia con los posibles factores condicionantes. Para ello, se consideró como variable dependiente dicha adherencia a las recomendaciones: 1 como «más cumplidores» y 0 como «menos cumplidores». El método utilizado para la regresión fue el «forward stepwise», incluyéndose en el modelo las variables que presentaron mayor significación estadística según la prueba de Wald (criterio de salida: $p=0,10$). Los resultados fueron expresados mediante odds ratio. El análisis estadístico se realizó mediante el programa informático PASW 17.0.

RESULTADOS

La edad media de los 919 individuos participantes fue de 74,4 (DE 6,0) años y el rango entre 65 y 95 años. Otras características sociodemográficas fueron: porcentaje de mujeres 54,8%, de personas analfabetas 5,8%, pertenecientes a las clases sociales V-VI 12,3%, casados o unión estable 66,8% y proporción de personas que viven solas 18,2%.

El 95,1% manifestó algún problema de salud de carácter crónico, siendo consumidores habituales de psicofármacos el 37,0%.

En la tabla 1 se describen los conocimientos de los participantes sobre las recomendaciones preventivas de las caídas. Comprobamos que aproximadamente la

mitad de los participantes (50,8%) no sabía que existen ejercicios que ayudan a prevenir caídas. En la tabla 2 aparece el cumplimiento de las recomendaciones preventivas, comprobándose una mayor adherencia en las referentes al cuarto de baño, donde el 62,2% usa la ducha para el aseo personal y el 83,5% utiliza alfombra o suelo antideslizante en la ducha o bañera. Más de la mitad de los sujetos realiza ejercicio físico y el 38,5% utiliza suelas antideslizantes en el calzado. A pesar de que el 65,4% refiere conocer precauciones que se pueden adoptar en el suelo de la vivienda para evitar caídas, apenas el 3,1% usa cera antideslizante y sólo el 32,9% de los que poseen alfombras en casa adhieren al suelo los bordes y esquinas de éstas.

En los mayores de 80 años fue significativamente superior la proporción de «más cumplidores» (51,1% frente a 39,9%; $p=0,007$), como también lo fue en el grupo de solteros, viudos y divorciados (49,0% frente a 38,8%, $p=0,004$), en aquellos con tres o más problemas de salud (47,4% frente a 36,1%; $p=0,001$), en los pertenecientes a clases sociales más elevadas (45,0% frente a 38,3%; $p=0,04$) y en los sujetos con mayor nivel de escolarización (46,3% frente a 39,3%; $p=0,03$). No se observó una relación estadísticamente significativa entre una mayor adherencia a las recomendaciones preventivas y el sexo o el tipo de convivencia. Los resultados de la regresión logística se muestran en la tabla 3.

DISCUSIÓN

En nuestros resultados se observa que las personas mayores conocen en gran medida las recomendaciones para prevenir caídas. Prácticamente la totalidad de los sujetos manifiesta conocer las recomendaciones que podríamos clasificar como «fácilmente deducibles», como por ejemplo la que advierte del riesgo que implica caminar sobre un suelo nevado o el uso de tacones altos. Sin embargo, lamentablemente la recomendación menos conocida es la referente a la existencia de ejercicios físicos para prevenir caídas, desconocida por la mitad de los sujetos entrevistados. Actualmente, la evidencia relaciona el ejercicio físico con una reducción en la incidencia caídas¹¹, siendo incluso superior el beneficio cuando se trata de ejercicio intenso²².

Existen estudios que valoran la adherencia a las recomendaciones para prevenir caídas²³⁻²⁵, aunque generalmente se ha medido durante y/o después de una intervención basada en alguna recomendación concreta. En nuestro caso, sin embargo, hemos medido la adherencia de las personas mayores desde un punto de vista más amplio y sin evaluar el resultado de intervenciones concretas, observando que las recomendaciones más seguidas son las que se refieren al cuarto de baño, como la utilización de alfombrillas antideslizantes o el uso de ducha en lugar de bañera. Los resultados de estudios previos²³⁻²⁴, señalan al ejercicio físico como la recomendación más seguida por las personas mayores tras intervenciones educativas, alcanzándose adherencias entre el 50 y el 58%. Al respecto, nuestra estimación (52,2%) es concordante con estos valores, indicando que tal vez la adherencia tras una intervención no sufre un gran incremento, pues el resultado obtenido es similar sin haber realizado intervención alguna en nuestro caso.

En general, nuestros resultados muestran una adherencia a las recomendaciones pre-

ventivas incluso superior a la observada en estudios previos²⁶ (Pujiula, 2010), donde el impacto de una intervención multifactorial alcanza al 44% en lo que se refiere al seguimiento de los consejos recibidos. A pesar de lo anterior, en el caso de las recomendaciones concretas sobre prevención de caídas relacionadas con el hogar (cera antideslizante, fijación de alfombras, etc.), observamos, en nuestro caso, un cumplimiento inferior al descrito en otras investigaciones, en torno al 50%²⁷⁻²⁸.

Se consideró como «más cumplidores» a los sujetos con una puntuación igual o superior a 5 puntos (correspondiente al percentil 75) y se estudiaron sus principales características. En nuestros resultados hemos observado una relación entre la adherencia a las recomendaciones y diversas características de la muestra, permitiendo resaltar las circunstancias de los mayores que hacen más probable el cumplimiento de tales recomendaciones. En los sujetos de edad muy avanzada (80 años o más) o con una más elevada comorbilidad (3 o más problemas de salud) el seguimiento de las recomendaciones es superior, relacionándose también con otros aspectos sociodemográficos como el nivel de instrucción o el estado civil.

Probablemente los resultados traducen una mayor adherencia a las recomendaciones por parte de las personas más frágiles y con más miedo a caerse²⁹. Al respecto, parece muy pertinente ayudar a los mayores a reconocer sus limitaciones intrínsecas relacionadas con mayor riesgo de sufrir caídas y no sólo las relacionadas con factores extrínsecos²⁴. Se ha señalado²⁸ que una barrera importante para incrementar el seguimiento de las recomendaciones es que muchas personas mayores no creen que las modificaciones en el hogar pueden reducir el riesgo de caídas. Así mismo, el entorno social del mayor podría ejercer más presión para que éste siga las recomendaciones a medida que el peligro de una caída se percibe como más grave, como podría suceder en el caso de las

personas más enfermas o de edad más avanzada.

Entre las posibles limitaciones de este estudio podría mencionarse la evaluación de un número insuficiente de recomendaciones dirigidas a prevenir las caídas de las personas mayores, sin embargo, y a pesar de contemplar las sugeridas por entidades tan importantes como la United States Preventive Task Force (USPSTF)¹³ y el Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS)¹⁴, no son demasiadas las que, hasta ahora, han demostrado ser efectivas, y por tanto generalizables. Por otra parte, la utilización de preguntas cerradas podría haber inducido las respuestas e implicaría una dificultad para obtener toda la información por parte de los mayores, especialmente sobre las dificultades para seguir adecuadamente las recomendaciones y sobre la importancia concedida a las mismas. Sin embargo, la utilización de preguntas cerradas ha facilitado la codificación de las respuestas, dando uniformidad a las mismas y obligando a reflexionar sobre detalles de las recomendaciones no tenidos en cuenta por los entrevistados. Cabe señalar otras limitaciones que incluirían el sesgo de información derivado de la dificultad para aproximarse a la morbilidad de los mayores o al consumo de medicación cuando se trata de los problemas o los medicamentos que declaran ellos mismos, si bien en este último caso se pidió a los participantes que aportaran los envases de los medicamentos en el momento de la entrevista. Por otra parte, con frecuencia en una entrevista se responde lo que se considera más correcto, alejándose de la realidad, pero inevitablemente se trata de una limitación intrínseca a este método de investigación.

Puesto que existe una gran variabilidad en la adherencia a las recomendaciones preventivas¹⁵, los factores que influyen en la adhesión a las mismas requieren más investigación. Entre los objetivos a plantear sería interesante comprobar el efecto que la adhe-

rencia a las recomendaciones ejerce sobre el miedo a caerse y si éste puede verse disminuido por intervenciones dirigidas a reforzar la seguridad del mayor en su entorno.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gates S, Fisher JD, Cooke MW, Carter YH, Lamb SE. Multifactorial assessment and targeted intervention for preventing falls and injuries among older people in community and emergency care settings: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2008 19;336(7636):130-3.
2. Lee VM, Wong TW, Lau CC. Home accidents in elderly patients presenting to an emergency department. *Accid Emerg Nurs*. 1999;7(2):96-102.
3. Tinetti ME, Doucette J, Claus E, Marottoli R. Risk factors for serious injury during falls by older persons in the community. *J Am Geriatr Soc*. 1995; 43(11):1214-21.
4. Sattin RW. Falls among older persons: a public health perspective. *Annu Rev Public Health*. 1992;13:489-508.
5. Tinetti ME, Inouye SK, Gill TM, Doucette JT. Shared risk factors for falls, incontinence, and functional dependence. Unifying the approach to geriatric syndromes. *JAMA*. 1995 3;273(17):1348-53.
6. Díaz Grávalos GJ, Gil Vázquez C, Andrade Pereira V, Alonso Payo R, Alvarez Araujo S, Reinoso Hermida S. Factores asociados con la aparición de caídas en ancianos institucionalizados: un estudio de cohortes. *Rev Esp Geriatr y Gerontol*. 2009; 44(6):301-4.
7. Forniga F. Falls: geriatric syndrome par excellence. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2009;44(6):299-300.
8. Rubenstein LZ, Josephson KR, Robbins AS. Falls in the nursing home. *Ann Intern Med*. 1994; 121(6):442-51.
9. Boulgarides LK, McGinty SM, Willett JA, Barnes CW. Use of clinical and impairment-based tests to predict falls by community-dwelling older adults. *Phys Ther*. 2003;83(4):328-39.
10. Hausdorff JM, Rios DA, Edelberg HK. Gait variability and fall risk in community-living older adults: a 1-year prospective study. *Arch Phys Med Rehabil*. 2001;82(8):1050-6.

11. Peeters G, van Schoor NM, Lips P. Fall risk: the clinical relevance of falls and how to integrate fall risk with fracture risk. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2009;23(6):797-804.
12. Rubenstein LZ. Falls in older people: epidemiology, risk factors and strategies for prevention. *Age Ageing*. 2006;35 Suppl 2:ii37-ii41.
13. Preventive Task Force. *Guide to Clinical Preventive Services*. 2^a ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1996. Disponible en: <http://odphp.osophs.dhhs.gov/pubs/guidecps/default.htm>.
14. Baena Díez JM, Gorroñoigoitia Iturbe A, Martín Lesende I, de Hoyos Alonso MC, Luque Santiago, Litago Gil AC, de Alba Romero C. Grupo de Actividades Preventivas en los Mayores del PAPPS. *Actividades preventivas en los mayores*. *Aten Primaria*. 2007;39 (Supl 3):109-22.
15. Hill KD, Moore KJ, Dorevitch M.I., Day L.M. Effectiveness of Falls Clinics: An Evaluation of Outcomes and Client Adherence to Recommended Interventions. *J Am Geriatr Soc*. 2008;56:600-8.
16. Fernández Larrea N, Clúa Calderín AM, Báez Dueñas RM, Ramírez Rodríguez M, Prieto Díaz V. Estilos de vida, bienestar subjetivo y salud de los ancianos. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 2006; 16(1):6-12.
17. Campbell AJ, Robertson MC, Gardner MM, Norton RN, Buchner DM. Psychotropic medication withdrawal and a home-based exercise program to prevent falls: a randomized, controlled trial. *J Am Geriatr Soc*. 1999;47(7):850-3.
18. Gillespie LD, Robertson MC, Gillespie WJ, Lamb SE, Gates S, Cumming RG, et al. Interventions for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane Database Syst Rev* 2009; (2):CD007146.
19. Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. *Canadian Guide to clinical preventive health care*. Ottawa: Canada Communication Group, 2003.
20. Comité Internacional de Clasificación de la WONCA. *Clasificación Internacional de la Atención Primaria (CIAP-2)*. 2^a ed. Barcelona (España): MASSON, S.A.; 1999.
21. Domingo Salvani A, Marcos Alonso J. Propuesta de un indicador de la «clase social» basado en la ocupación. *Gac Sanit*. 1989;3(10):320-6.
22. Sherrington C, Whitney JC, Lord SR, Herbert RD, Cumming RG, Close JCT. Effective exercise for the prevention of falls: a systematic review and meta-analysis. *JAGS*. 2008;56:2234-43.
23. Sjosten NM, Salonoja M, Piirtola M, Vahlberg TJ, Isoaho R, Hyttinen HK, et al. A multifactorial fall prevention programme in the community-dwelling aged: predictors of adherence. *Eur J Public Health*. 2007;17(5):464-70.
24. Clemson L, Cumming RG, Kendig H, Swann M, Heard R, Taylor K. The effectiveness of a community-based program for reducing the incidence of falls in the elderly: a randomized trial. *J Am Geriatr Soc*. 2004;52(9):1487-94.
25. Nikolaus T, Bach M. Preventing falls in community-dwelling frail older people using a home intervention team (HIT): results from the randomized Falls-HIT trial. *J Am Geriatr Soc*. 2003;51(3):300-5.
26. Pujiula Blanch M, Quesada Sabat M, Avellana Revuelta E, Ramos Blanes R, Cubí Monfort R y Grupo APOC ABS Salt. Resultados finales de un estudio de intervención multifactorial y comunitario para la prevención de caídas en ancianos. *Aten Primaria*. 2010;42(4):211-217.
27. Cumming R, Thomas M, Szonyi G et al. Home visits by an occupational therapist for assessment and modification of environmental hazards: A randomised controlled trial. *J Am Geriatr Soc*. 1999;47:1397-1402.
28. Cumming RG, Thomas M, Szonyi G et al. Adherence to occupational therapist recommendations for home modifications for falls prevention. *Am J Occup Ther*. 2001;55:641-648.
29. Boyd R, Stevens JA. Falls and fear of falling: burden, beliefs and behaviours. *Age Ageing*. 2009; 38(4):423-8.