

Asociación del síndrome de temor a caerse, actividades y participación en los adultos mayores

Dr. Guillermo Cadizame Velázquez García,* Dra. María de la Luz Montes Castillo,**

Dra. María Elena Mazadiego González***

RESUMEN

El síndrome de temor a caerse es una entidad frecuente entre las personas de la tercera edad y su incidencia oscila entre un 20 y 39% entre las que han sufrido caídas previas y un 12 a 23% entre las que no se han caído. **Objetivo:** Identificar si existe relación entre el síndrome de temor a caerse, la limitación de las actividades y la restricción en la participación de los adultos mayores.

Material y métodos: Se entrevistó y aplicó la escala de eficacia de caídas a adultos mayores de 60 años de edad, además de evaluar la presencia de limitaciones y restricciones correlacionando las variables. **Resultados:** Se entrevistó un total de 67 pacientes, 44 (65.7%) del sexo femenino con edad media de 71.03 años. La frecuencia de presentación del síndrome de temor a caerse se localizó en el 23.9%. Así mismo, el 59.7% presentó caídas. Existe relación del síndrome de temor a caerse con la edad mayor a 80 años ($p = 0.043$) y con el hecho de haber sufrido caídas previas ($p = 0.009$). Resultaron asociadas las limitaciones en la actividad y las restricciones en la participación con el síndrome de temor a caerse ($p < 0.05$) con la excepción de un rubro en participación. **Conclusiones:** Existe una relación entre el síndrome de temor a caerse, las limitaciones en la actividad y las restricciones en la participación estudiadas, excepto para la restricción en la participación en la religión y la espiritualidad. La edad mayor a 80 años y las caídas previas son factores asociados al síndrome de temor a caerse en los adultos mayores.

Palabras clave: Síndrome de temor a caerse, caídas.

ABSTRACT

*The fear of falling syndrome is a common problem among the elderly, its incidence goes from 20-39% between those who have fallen and 12-23% between those who have not. **Objective:** Identify if there is a relation between the fear of falling syndrome, activity limitation and participation restriction in the elderly. **Material and methods:** The fall efficacy scale was applied in order to diagnose the fear of falling syndrome, we detected the activities limitation and participation restriction according to the IFC.*

Results: 67 patients were interviewed, 44 (65.7%) female with medium age of 71.03 years old. The frequency of presentations for the fear of falling syndrome was 23.9%. 59.7% had fallen. There is a relation between the fear of falling syndrome with age older than 80 years ($p = 0.043$) and previous falls ($p = 0.009$). The activity limitation and participation restriction where associated with the fear of falling syndrome ($p < 0.05$) with one exception in the participation. **Conclusions:** There is a relation between the fear of falling syndrome, activity limitation and participation restriction with the exception of restriction in religion and spirituality. Age older than 80 years and previous falls where associated factors with the fear of falling syndrome in the elderly.

Key words: Fear of falling syndrome, falls.

INTRODUCCIÓN

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, un adulto mayor es definido en los países desarrollados como una persona con más de 65 años de edad y en los países en desarrollo, como es el caso de México, como una mayor de 60 años.

Los cambios físicos que se van experimentando, como la disminución en el metabolismo y la fuerza muscular pueden producir pérdida de las funciones e independencia. El impacto se refleja en el incremento de discapacidad para realizar las actividades de la vida diaria. En términos generales, 22.5% de mujeres y 15% de hombres de 65 años o más necesitan ayuda para vivir en casa o son llevados a una institución; de las personas de 85 o más años 62% de las mujeres y 46% de los hombres necesitan esta ayuda o son llevados a una institución¹.

La inestabilidad en la marcha y las caídas son frecuentes en los ancianos, mientras que las caídas se encuentran entre las principales causas de morbilidad en esta población.

Las caídas son definidas por la Organización Mundial de la Salud como acontecimientos involuntarios que hacen

* Especialista en Medicina de Rehabilitación.

** Jefe del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital General de México, Médico adscrito a la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Norte, IMSS.

*** Jefe de Enseñanza de la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Norte.

Recibido para publicación: enero, 2013.

Aceptado para publicación: marzo, 2013.

Este artículo puede ser consultado en versión completa en
<http://www.medigraphic.com/medicinafisica>

perder el equilibrio y dar con el cuerpo en tierra u otra superficie firme que lo detenga. Suelen ser, un indicador de fragilidad y pueden ser factores de predicción de muerte, incrementándose de forma exponencial con el aumento de edad en ambos sexos²⁻⁴.

La prevalencia de caídas en adultos mayores sanos con edades entre los 60 y 75 años varía de 15 a 30% y aumenta en los mayores de 70 años. En la Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE)—realizada en población urbana de siete países latinoamericanos y del Caribe, entre ellos México, para 2003— se reportó una prevalencia de 34.5%. Algunos estudios consideran que sólo 20% de las personas que sufren una caída requieren atención médica y que del 2 al 6% tendrá como consecuencia algún tipo de fractura⁵.

La caída es el resultado de la interacción de factores intrínsecos (trastornos individuales) como alteraciones vestibulares, oculares, propioceptivas, factores extrínsecos (riesgos medioambientales) en la casa, en la calle, medios de transporte, fármacos y factores circunstanciales (relacionados con la actividad que se está realizando). El riesgo de caída se incrementa conforme aumentan los factores de riesgo^{6,7}.

Las caídas provocan lesiones importantes que en los pacientes de edad geriátrica conllevan una larga y difícil rehabilitación, llegando a ser fatales en algunas ocasiones; además, estas caídas traen consigo factores físicos o psicológicos que producen pérdida de la movilidad⁸.

Entre las complicaciones psicológicas, la que más impacto tiene es el síndrome de temor a caerse. Este síndrome motiva una disminución de la actividad física, lo que conduce a disminución del control postural y dificultad para realizar las actividades de la vida diaria, lo que a su vez aumenta el miedo a caerse, cerrando un círculo que se autoperpetúa. Los adultos mayores adoptan estrategias musculares de rigidez que pueden ocasionarles problemas en determinadas situaciones^{9,10}.

La prevalencia del síndrome de temor a caerse en los adultos mayores se presenta de un 10 a 60%. La incidencia también varía, desde un 20-39% entre las personas que han tenido caídas previamente a un 12-23% entre las que no las han tenido. Entre las personas de la octava década de la vida, el miedo a caerse presenta una frecuencia mayor que en personas de menor edad^{10,11}.

Sólo del 10 al 15% de las caídas resultan en fracturas o lesiones de tejido blando lo suficientemente severas para causar inmovilización u hospitalización. Así, otros factores, además de la lesión por sí misma, juegan un papel en el desarrollo del miedo y la restricción en las actividades subsecuentes a una caída o a caídas de repetición¹².

Varios estudios han examinado los factores asociados al síndrome de temor a caerse, entre los que se han encontrado los siguientes:

- Mayor edad.
- Sexo femenino.
- Caídas previas.
- Caídas que requirieron atención médica.
- Caídas que resultan en fracturas.
- Caídas que ocurren en otras circunstancias, aparte de caerse o resbalarse.
- Tiempo prolongado para levantarse después de una caída.
- Caída reciente.
- Movilidad disminuida.
- Desempeño pobre en pruebas de balance.
- Mareo crónico.
- Niveles altos de dolor.
- Vivir solo o tener pocos contactos sociales.
- Pobre satisfacción con la vida.
- Fragilidad.^{13,14}

Las características individuales de los adultos mayores pueden afectar o modular los cambios en la conducta asociados con el miedo a caer, por lo que estos adultos desarrollan actitudes protectoras en relación con las caídas, lo cual les lleva a manejar su temor sin restringir sus actividades. Se ha relacionado la depresión, ansiedad y peor capacidad física con la limitación en las actividades y la restricción en la participación¹⁴.

Se han realizado varios métodos para la medición y valoración del miedo a caer, por lo cual las prevalencias reportadas dependen de esos métodos. El enfoque más sencillo ha sido el preguntar lo siguiente: « ¿tiene temor a caer?». Una extensión a este enfoque categórico es el graduar la severidad del miedo: desde poco, moderado o mucho temor. En 1990, Tinetti y colaboradores diseñaron la escala de eficacia de caídas, la cual es una escala de autoevaluación que consta de 10 preguntas para evaluar la confianza de la persona para realizar actividades en casa. El sujeto califica cada pregunta del 1 al 10 resultando en una escala global en la que un mayor puntaje presenta menor confianza¹⁵.

La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y la Salud (CIF) proporciona una descripción de situaciones relacionadas con el funcionamiento humano y sus restricciones y sirve como un marco de referencia para organizar esta información. De ella surgen los siguientes conceptos:

Limitación en la actividad: son dificultades que una persona puede tener en el desempeño o realización de dicha actividad.

Restricciones en la participación: son problemas que una persona puede experimentar al involucrarse en situaciones vitales¹⁶.

El objetivo de este estudio es identificar si existe relación entre el síndrome de temor a caerse y la limitación de las

actividades y restricción en la participación de los adultos mayores.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional analítico transversal mediante la aplicación de instrumentos de evaluación. Se calculó la muestra para un grupo independiente con una sola medición, obteniendo una N de 67.

La población objeto de estudio cumplió los siguientes criterios de inclusión: hombres y mujeres mayores de 60 años, con o sin antecedente de caídas previas, aceptaron participar en el estudio y firmaron la carta de consentimiento informado. Se excluyeron pacientes que no pudieron contestar a las preguntas de los instrumentos de evaluación. Se realizó un muestreo de casos consecutivos.

Se recolectaron los siguientes datos: edad, sexo, estado civil, escolaridad, condición laboral, vivienda, comorbilidades, caídas previas, miedo a caerse, convivencia con otras personas, limitaciones en la actividad y restricción en la participación.

Para el diagnóstico del síndrome de temor a caerse se utilizó la escala de eficacia de caídas, la cual incluye varias actividades de la vida diaria y, mediante una escala numérica, el paciente indicó con cuanta seguridad las realiza.

La valoración de las limitaciones en la actividad y restricciones en la participación se realizó mediante las definiciones presentes en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud.

En el análisis estadístico se empleó el programa SPSS, versión 20, en español. Las variables cualitativas se analizaron mediante frecuencias y las cuantitativas con medidas de tendencia central y dispersión. Para la asociación entre variables se utilizó la prueba de χ^2 considerando significativa una $p < 0.05$.

El análisis de la edad como factor asociado se realizó entre pacientes mayores de 80 años y los que tenían edades de entre 60 y 79 años. En el estado civil se tomaron los pacientes casados y en unión libre en un grupo, mientras que los solteros, viudos, divorciados y separados se tomaron en otro grupo. La escolaridad se analizó juntando los pacientes analfabetos y con preescolar en un grupo y los que contaban con primaria, secundaria, preparatoria, licenciatura y postgrado en otro. Para la condición laboral se comparó a los pacientes empleados en un grupo con los jubilados, los pensionados, los dedicados a labores del hogar y los desempleados en otro.

RESULTADOS

Se evaluó un total de 67 pacientes. Veintitrés (34.3%) del sexo masculino y 44 (65.7%) del femenino, con una edad comprendida entre 61 y 90 años, media de 71.03 años y desviación estándar de 6.408 (*Figura 1*).

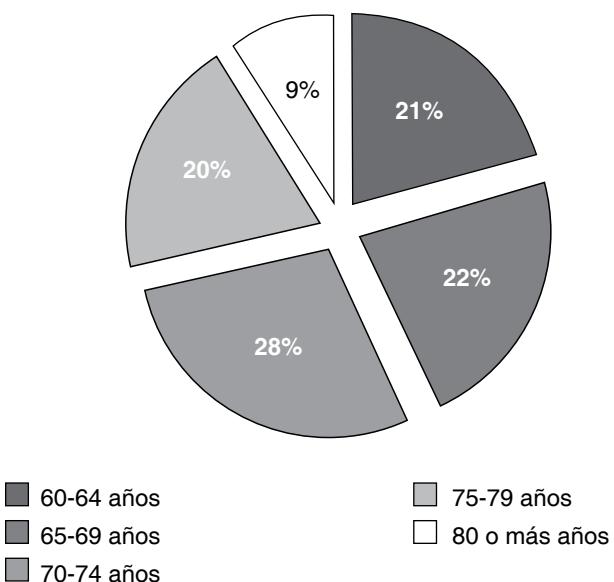


Figura 1. Distribución por edad.

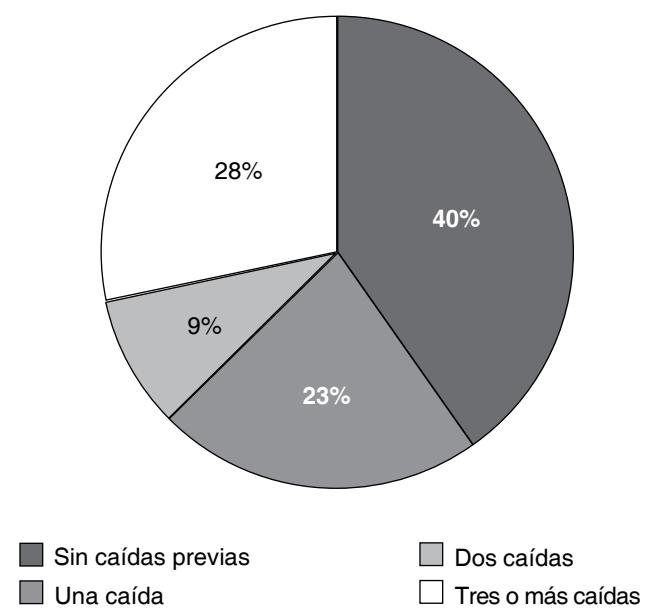


Figura 2. Frecuencia de caídas.

En cuanto a las características demográficas, los resultados fueron: 62.7% casados; 50.7% estudió hasta la primaria; 46.3% se dedicaba a las labores del hogar; el 86.6 % vivía con una persona o más y el 88.1% residía en casa.

La frecuencia de presentación del síndrome de temor a caerse se localizó en 16 pacientes (23.9%). Así mismo, se encontró que 40 pacientes —59.7% de la población estudiada— presentaron caídas; de éstos, 15 la presentaron en una sola ocasión, 6 en 2 y 19 presentaron tres o más eventos (*Figura 2*).

Las dos comorbilidades encontradas con mayor frecuencia fueron hipertensión arterial sistémica, con presencia en el 55.2% de la población estudiada y diabetes mellitus tipo 2, en el 25.37% de la muestra poblacional.

Se registraron limitaciones en la actividad en 27 adultos mayores (40.3%). La más frecuente fue la limitación para utilizar medios de transporte en 23 personas (34.3%), seguida por la limitación para tomar objetos y realizar los quehaceres de la casa en 14 individuos (20.9%). Se localizaron restricciones en la participación en 16 (23.9%). La más frecuente de estas restricciones fue en las relaciones con extraños en 11 pacientes (16.4%) (*Cuadro 1*).

Al realizar el análisis estadístico de las variables se encontró relación del síndrome de temor a caerse con la edad mayor a 80 años, con una $p = 0.043$ (*Figura 3*), así como con caídas previas, con una $p = 0.009$ (*Figura 4*). Todas las categorías en cuanto a limitación en la actividad y restricción en la participación resultaron asociadas con el síndrome de temor a caerse (*Figura 5*), con una $p < 0.05$, excepto la restricción en la religión y espiritualidad (*Cuadro 2*).

DISCUSIÓN

La prevalencia del síndrome de temor a caerse en nuestra población estudiada fue de 23.9%, la cual es similar a la reportada por Dias¹⁷, pero mucho menor que la reportada por Párraga Martínez¹⁸, la cual fue estimada en 49.4% de los entrevistados.

Esto se debe a que en dicho estudio, el miedo a sufrir caídas fue preguntado de forma directa y no evaluado mediante un instrumento realizado para tal propósito como la escala de eficacia de caídas empleada en este trabajo.

Los factores asociados al síndrome de temor a caerse en nuestra población fueron la edad mayor a 80 años y las caídas previas, lo cual concuerda con Dias y Párraga Martínez^{17,18}. El vivir solo no se asoció en nuestra serie con el síndrome de temor a caerse, a diferencia de lo reportado por Ganong y Howland^{12,14}. Esto probablemente se debe a la buena red social de apoyo presente en nuestros adultos mayores, lo cual se relaciona, de la misma forma, con la menor prevalencia de la restricción en las relaciones familiares encontrada en nuestra población (3%) en

Cuadro 1. Limitaciones y restricciones.

	Categoría	Número	%
Limitación para tomar objetos	Ausente	53	79.1
	Presente	14	20.9
Limitación para desplazarse por distintos lugares	Ausente	56	83.6
	Presente	11	16.4
Limitación para desplazarse usando medios de transporte	Ausente	44	65.7
	Presente	23	34.3
Limitación para lavarse	Ausente	64	95.5
	Presente	3	4.5
Limitación para vestirse	Ausente	62	92.5
	Presente	5	7.5
Limitación para preparar comidas	Ausente	60	89.6
	Presente	7	10.4
Limitación para realizar los quehaceres de la casa	Ausente	53	79.1
	Presente	14	20.9
Restricción en las relaciones con extraños	Ausente	56	83.6
	Presente	11	16.4
Restricción en las relaciones familiares	Ausente	65	97
	Presente	2	3
	Ausente	60	89.6
Restricción en el tiempo libre y ocio	Presente	7	10.4
	Ausente	65	97
Restricción en la religión y espiritualidad	Presente	2	3

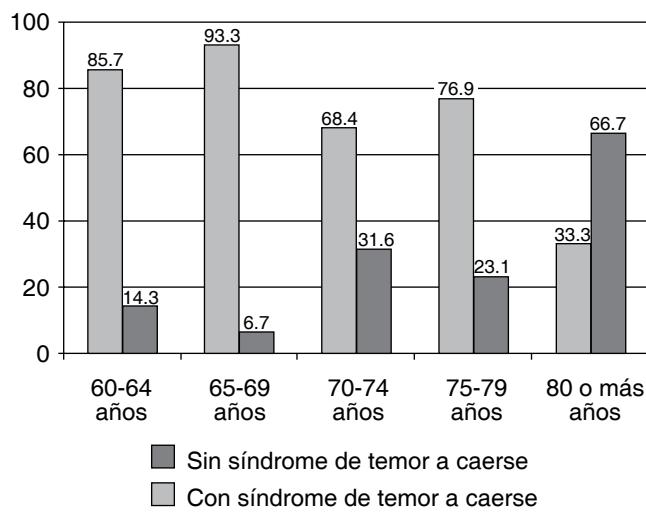


Figura 3. Síndrome de temor a caerse por edad.

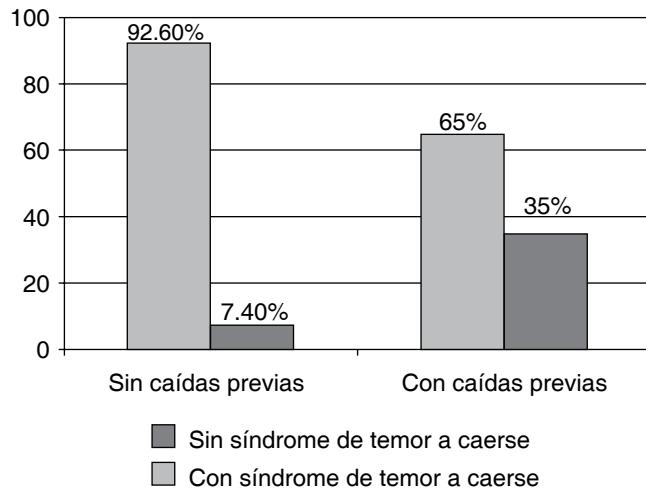


Figura 4. Síndrome de temor a caerse con antecedente de caída.

comparación con la encontrada por Lachman y Dias^{13,17}, la cual fue de 16 y 8.8%, respectivamente. El resto de las variables estudiadas no resultaron significativas al realizar las pruebas estadísticas.

En cuanto a la prevalencia de caídas, se encontró en un 59.7% de los pacientes. En la encuesta SABE realizada en siete países de Latinoamérica, incluyendo a México, se reportó una prevalencia de 34.5%. Debido a que el presente estudio se realizó en una unidad de rehabilitación de tercer nivel, este porcentaje aumentó. En un estudio previo realizado por Ramírez Torres¹⁹, en la misma unidad, se presentó en una proporción del 90.5%.

El síndrome de temor a caerse tuvo relación con todas las limitaciones en la actividad y las restricciones en la

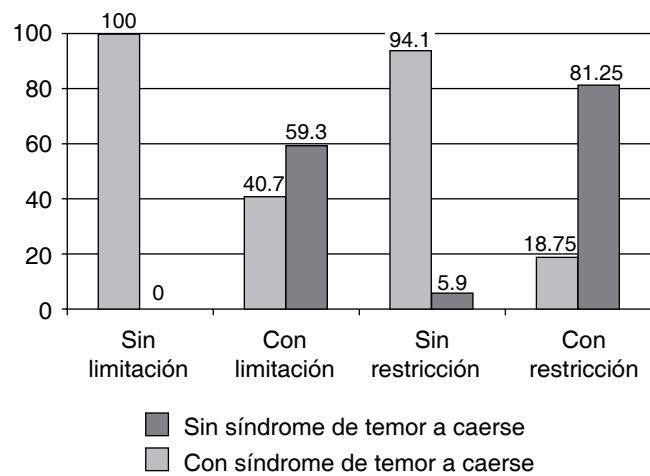


Figura 5. Síndrome de temor a caerse, limitación en la actividad y restricción en la participación.

participación estudiadas, excepto en el rubro de religión y espiritualidad. Tanto Lachman¹³ como Dias¹⁷ estudiaron esas mismas variables y encontraron proporciones similares en la presentación de la restricción en la convivencia con extraños y en las siguientes limitaciones en la actividad: en la preparación de comidas, para desplazarse por distintos lugares y para tomar objetos. Sin embargo, la limitación para lavarse y la restricción para las relaciones familiares tuvieron una proporción menor en nuestro estudio.

En el estudio realizado por Lachman¹³ no se encontró relación en las limitaciones para desplazarse utilizando medios de transporte, para vestirse y para realizar los quehaceres de la casa ni para la restricción en el tiempo libre y ocio; variables que resultaron positivas en el presente trabajo. No se encontró literatura en la que se buscara la relación entre la restricción en la religión y espiritualidad con el síndrome de temor a caerse, relación que resultó negativa en este trabajo.

Cabe mencionar que los individuos que no reportaron caídas previas tuvieron una frecuencia de presentación del síndrome de temor a caerse del 7.4%. Al comparar estos resultados con los obtenidos en los estudios de Alarcón y Olmos^{10,11}, donde la frecuencia reportada fue de entre 12 y 23%, nuestra frecuencia es menor.

CONCLUSIONES

Existe una relación entre el síndrome de temor a caerse, las limitaciones en la actividad y las restricciones en la participación estudiadas, excepto para la restricción en la religión y la espiritualidad.

Se encontró una prevalencia del 23.9% del síndrome de temor a caerse en la población de estudio.

Cuadro 2. Correlación de variables.

Variable	P
Edad mayor a 80 años	*0.043
Sexo	0.133
Estado civil: en pareja o solo	0.130
Sólo lee y escribe	0.773
Condición laboral	0.264
Caídas previas	*0.009
Limitación para tomar objetos	*0.001
Limitación para desplazarse por distintos lugares	*0.001
Limitación para desplazarse usando medios de transporte	*0.001
Limitación para lavarse	*0.002
Limitación para vestirse	*0.001
Limitación para preparar comidas	*0.001
Limitación para realizar los quehaceres de la casa	*0.001
Restricción en las relaciones con extraños	*0.001
Restricción en las relaciones familiares	*0.010
Restricción en el tiempo libre y ocio	*0.002
Restricción en la religión y espiritualidad	0.379

* Variables estadísticamente significativas.

La edad mayor a 80 años y las caídas previas son factores asociados al síndrome de temor a caerse en los adultos mayores.

El sexo, el estado civil, la escolaridad, la condición laboral, la convivencia con otras personas, la vivienda y las comorbilidades no fueron factores asociados al síndrome de temor a caerse en esta población.

La frecuencia de presentación de caídas fue del 59.7%.

Se recomienda realizar estudio de cohorte para asignar el riesgo relativo de las variables para presentar el síndrome de temor a caerse.

REFERENCIAS

1. García G. *Perfil epidemiológico del adulto mayor en México, publicación original*. Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina, UNAM, 2005; p. 10.
2. Kane R. Inestabilidad y caídas. En: Ouslander JG, Abrass IB, *Geriatría clínica*. 4a ed. México McGraw Hill-Interamericana; 2001; 201-221.
3. González CB, López RV, Trujillo Z, Escobar D. *Guía de práctica clínica para la prevención de caídas en el adulto mayor*, IMSS, 2004.
4. Villar SPT, Mesa LP, Esteban GAB, Sanjoaquin RAC, Fernández AE. Alteraciones de la marcha, inestabilidad y caídas. En: Ruípez CI, Corregidor SA. *Tratado de geriatría para residentes*. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología; 2007. p. 199-209.
5. De-Santillana H, Alvarado M, Medina B, Gómez O, Cortés G. Caídas en el adulto mayor. Factores intrínsecos y extrínsecos. *Rev Med IMSS*. 2002; 40(6): 489-493.
6. Villar SPT, Mesa LP, Esteban GAB, Sanjoaquin RAC, Fernández AE. Alteraciones de la marcha, inestabilidad y caídas. En: Ruípez CI, Corregidor SA. *Tratado de geriatría para residentes*. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. 2007; 199-209.
7. Harwood RH. Visual problems and falls. *Age Ageing*. 2001; 30: 13-18.
8. Teles CD, Claudio RL, de Toledo VM, Bustamante TM, Rocha BR, Gonçalves LI. Prevalence of falls and associated factors in elderly individuals. *Rev Salud Pública*. 2012; 46(1).
9. Gómez SRI, Rodríguez FMM, Ferro AMJ, García MJR. Caídas en el anciano, consideraciones generales y prevención. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 1999; 15(1): 98-102.
10. Delbaere K, Crombez G, Vanderstraeten G, Willems T, Cambier D. Fear-related avoidance of activities, falls and physical frailty. A prospective community-based cohort study. *Age Ageing*. 2004; 33: 368-73.
11. Alarcón T, González-Montalvo JI, Otero PA. Evaluación de los pacientes con miedo a caídas. ¿El método empleado modifica los resultados? Una revisión sistemática. *Aten Primaria*. 2009; 41(5): 262-268.
12. Olmos ZP, Abad MMA, Pérez-Jara J. Síndrome de temor a caerse en personas mayores de 65 años con mareos de repetición: estudio descriptivo. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2010; 45(5): 274-277.
13. Ganong N, Flint A. *Fear of Falling in the Elderly, Geriatrics & Aging*. 2003; 6(7).
14. Lachman ME, Howland J, Tennstedt S, Jette A, Assman S, Peterson E. Fear of falling and activity restriction: the survey of activities and fear of falling in the elderly. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*. 1998; 53(1): 43-50.
15. Howland J, Peterson EW, Levin WC. Fear of falling among the community-dwelling elderly. *J Aging Health*. 1993; 5: 229-243.
16. Tinetti ME, Richman D, Powell L. Falls efficacy as a measure of fear of falling. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*. 1990; 45(6): 239-243.
17. OMS. *Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud*. OMS, 2001.
18. Dias RC, Freire MTF, Santos EGS, Vieira RA, Dias JMD, Perracini MR. Characteristics associates with activity restriction induced by fear of falling in community-dwelling elderly. *Rev Bras Fisioter, São Carlos*. 2011; 15(5): 406-413.
19. Párraga ME, Navarro BB, Andrés PF, Denia MJN, Elicegui MRP, López-Torres. Miedo a las caídas en las personas mayores no institucionalizadas. *Gac Sanit*. 2010; 24(6): 453-459.
20. Ramírez Torres, Blanca. *Nivel de percepción de factores ambientales involucrados en las caídas, posterior a una intervención educativa en adultos mayores de 60-75 años*. Tesis de Posgrado, México: Universidad Nacional Autónoma de México, 2011.
21. Estrella CDF, Rubio ZHA, Sánchez EP, Aguilar AP, Araujo ER. Incidencia de caídas en una muestra de adultos mayores de la Unidad Universitaria de Rehabilitación de Mérida, Yucatán. *Rev Mex Med Fis Rehab*. 2011; 23(1): 8-12.
22. Manrique EB, Salinas RA, Moreno TK, Téllez RMM. Prevalencia de dependencia funcional y su asociación con caídas en una muestra de adultos mayores pobres en México. *Salud Pública Mex*. 2011; 53(1): 26-33.

Dirección para correspondencia:
 Dra. María de la Luz Montes Castillo
 Dr. Balmis 148 Col. Doctores,
 Tel. 2789-2000, Ext. 1324 y 1325.
 E-mail: luzmontesc@hotmail.com