



158 <sup>1,2</sup>Ignacio Martín  
<sup>1,3</sup>Oscar Ribeiro  
<sup>1,2</sup>Rosa Almeida  
<sup>4</sup>Ângela Santos

<sup>1</sup>Unidad de Investigación y Formación sobre Adultos y Seniors (UNIFAI/ICBAS-UP), Portugal.

<sup>2</sup>Sección Autónoma de Ciencias de la Salud, Universidad de Aveiro, Portugal.

<sup>3</sup>Facultad de Salud, Universidad de Aveiro, Portugal

<sup>4</sup>Centro Social Vila Maior, Viseu, Portugal

#### Correspondencia:

José Ignacio Guinaldo Martín

Unidad de Investigación y Formación sobre Adultos y Seniors (UNIFAI/ICBAS-UP)

Rua Jorge Viterbo Ferreira, 228

4050-313 Oporto (Portugal)

<http://www.unifai.eu> | e-mail: [jmartin@ua.pt](mailto:jmartin@ua.pt)

Caídas y temor a caer  
 en los mayores de 75 años

161

*Fall and fear of falling among  
 persons aged 75 years and older*

#### RESUMEN

Las caídas en la población anciana son reconocidas como un problema de Salud Pública y el temor a caer ha sido un aspecto particularmente estudiado en la reciente literatura científica. Este artículo analiza la relación entre el historial de las caídas y el temor a caer en personas muy ancianas, y su relación con variables sociodemográficas y con indicadores de riesgo geriátrico vía aplicación de un instrumento de triaje a una muestra no aleatoria de 240 residentes en la comunidad con más de 75 años. En esta muestra observamos elevado predominio de accidentes con caídas (40,4 %) y temor a caer (63,3 %). La edad, el género, el comprometimiento funcional y cognitivo, la depresión y la carencia de soporte sociofamiliar fueron algunas de las asociaciones con el temor a caer estadísticamente más significativas. Estos resultados reafirman la importancia del desarrollo de instrumentos de triaje rápido que faciliten el reconocimiento inmediato de grupos de riesgo, principalmente en ancianos cuyo temor a caer es injustificado teniendo en cuenta el riesgo real fisiológico de caída y/o un accidente anterior.

#### PALABRAS CLAVE

Autorrelato, caídas, temor a caer, triaje, ancianos, riesgo geriátrico.

#### SUMMARY

*Falls in the elderly are recognized as a major public health problem and the fear of falling has been focused in the recent literature. This article analyzes the relationship between falling historic and fear of falling in very old people, and its relationship with socio-demographic variables and geriatric risk indicators by application of a triage instrument to a non-random sample of 240 community residents with more than 75 years. We observed high prevalence of accidents involving falls (40.4%) and fear of falling (63.3%). Age, gender, functional and cognitive engagement, depression and lack of social and family support were some of the statistically significant associations with fear of falling. These results reassert the importance of developing screening tools to facilitate the rapid detection of risk groups, mainly the elders whose fear of falling is unjustified given the real physiological risk of falling and / or a previous accident of fall.*

#### KEY WORDS

*Self-report, falls, fear of falling, screening, older people, geriatric risk.*

#### INTRODUCCIÓN

Los accidentes con caídas son hoy uno de los grandes síndromes geriátricos y uno de los mayores problemas de Salud Pública. De naturaleza multifactorial, la caída es un indicador de fragilidad en la vejez y se estima que todos los años cerca del 40 % de las personas muy ancianas sufren por lo menos una caída. Las caídas en esta población anciana

ocasionan graves consecuencias, por su asociación próxima con la movilidad física, el deterioro funcional, la hospitalización, la institucionalización, un mayor recurso a los servicios sociales y de salud o incluso la muerte. El temor a caer puede provocar tanta o incluso más incapacidad que las verdaderas caídas. Las repercusiones psicológicas, físicas y sociales inherentes a este fenómeno han sido tratadas cada

vez más frecuentemente en la literatura científica siendo el temor a caer descrito como “*reducida autoeficacia percibida al evitar caídas durante las actividades esenciales no peligrosas de la vida diaria*”. Sus implicaciones son especialmente graves cuando este temor provoca restricciones innecesarias en las actividades diarias y un aumento de la dependencia y necesidad de cuidados. A pesar de este hecho se pueden encontrar ventajas del temor a caer en situaciones cuyo recelo, no siendo desproporcionado al riesgo, no influencia negativamente el bienestar de la persona anciana; en este caso, se presenta como una estrategia de *coping* frente a las limitaciones físicas, constituyendo un factor preventivo como respuesta a determinados ambientes y situaciones. En otros casos, sin embargo, las consecuencias debilitantes y limitadoras del temor a caer se sobrepone revelando la necesidad de atención por parte de los servicios de la comunidad.

A pesar de que los conceptos “caída” y “temor a caer” (o *ptofobia*, así denominado cuando la presencia de un recelo exagerado de caer no se explica por las condiciones físicas y competencias motoras del individuo) se encuentren fuertemente asociados al desarrollo del temor a caer, no siempre ha sido descrito como una consecuencia de los accidentes con caídas. Aunque la comprensión sobre los posibles factores casuales e influencias en relación con el temor a caer sea creciente en la literatura científica, esta solo revela coherencia al aprobar su etiología multifactorial, reconociéndolo como un problema de salud inevitablemente asociado a la población de más edad, en particular a los individuos muy ancianos, y que debería recibir más atención por parte de los servicios de auxilio geriátrico. En este sentido el desarrollo de medidas de triaje rápido y atención primaria orientadas a este grupo de riesgo y sobre el doble supuesto “caídas-temor a caer” se revela esencial para una eficaz intervención con la intención de reducir sus efectos deletéreos e incapacitantes.

El presente estudio parte precisamente de datos obtenidos en un cuestionario de triaje para la identificación de personas ancianas vulnerables (RNAR75) desarrollado en el ámbito de un proyecto comunitario, e intenta analizar la relación entre el *Historial Reciente de Caídas*, el *Temor a Caer* y la *Restricción de Actividades por el Temor a Caer*. Intenta, por añadidura, analizar la relación de estas variables con otras de índole sociodemográfica y con varios indicadores de riesgo geriátrico, enfatizando las diferencias entre el género de los participantes y los diferentes contextos de recogida de datos (usuarios de los servicios sociales o usuarios de cuidados de atención primaria).

## MATERIAL Y MÉTODO

### Diseño

Estudio cuantitativo transversal de naturaleza exploratoria que se propone describir la incidencia de variables (dependientes) asociadas al tópico de las caídas en personas muy ancianas, así como establecer correlaciones entre estas y variables contextuales (demográficas) y otras de riesgo geriátrico.

### Muestra

El protocolo de estudio se aplicó en una muestra no aleatoria por cuotas de igual dimensión. El rastreo se realizó en 240 personas muy ancianas, residentes en una comunidad del norte de Portugal y usuarios de los servicios de salud primarios (n = 120 usuarios de los Centros de Salud) y de los servicios sociales (n = 120 usuarios de los servicios de ayuda a domicilio). La muestra global está representada por 146 individuos del género femenino (60,8 %) y 94 del género masculino (39,2 %); representan una edad media de  $79,87 \pm 0,26$  años que comprende desde los 75 hasta los 94 años. Los participantes son en su mayoría viudos (49 %) o casados (41,8 %) sin diferencias significativas en su distribución por los diferentes contextos en análisis –servicios sociales y cuidados de salud primarios–. En lo que respecta a la escolaridad, el 30,8 % de la muestra nunca asistió a la escuela, el 33,8 % no terminó la enseñanza primaria y el 30,8 % completó la enseñanza primaria (equivalente a los 4 primeros años de escolaridad). Cerca del 37,1 % de la muestra viven solos, el 33,8 % viven con el cónyuge y el 13,1 % viven con los hijos.

### Instrumentos de medida

Este artículo se centra en el análisis de la dimensión de “Indicadores de riesgo geriátrico”, subdivisión de “Caídas”, que está formada por tres constructos *Historial de las Caídas*, *Temor a Caer* y *Restricción de las Actividades por Temor a Caer*. Estos constructos se recogieron en forma de cuestionarios singulares con respuesta dicotómica (*Historial de las Caídas* – “¿Tuvo alguna caída en los últimos 6 meses?; *Temor a Caer* – “¿Tiene temor a caer?” y *Restricción de Actividades por el Temor a Caer* – “¿Dejó de realizar algunas de las actividades habituales debido a ese temor?”). Este sencillo método de identificación se considera el adecuado por otros autores en un contexto de triaje. Según una revisión reciente sobre “*fear of falling*”, exceptuando la sencilla cuestión, los restantes instrumentos como la *Falls Efficacy Scale*, la *Activities-Specific Balance Confidence* y la *Perceived Control over Falling Scale*, por no evaluar el temor a caer sino los constructos asociados al mismo, son solo útiles para comprender la intensidad de ese temor y su influencia en la ejecución de tareas. Estos instrumentos no permiten identificar el desarrollo de temor a caer en una persona anciana que confía en sus capacidades y es capaz de tratar una posible caída las cuestiones de auto percepción permiten, a su vez, acceder a la comprensión que el propio anciano tiene del constructo en análisis.

Como variables independientes se consideraron la edad, el género, el estado civil, la escolaridad, la cohabitación, el contexto de recogida de datos, así como otros indicadores geriátricos y también la puntuación de variadas medidas e instrumentos de evaluación (Escala de Lawton y Brody de Actividades Instrumentales de la Vida Diaria, Índice de Katz de AVD Básicas, Escala de Capacidad Cognitiva SPMSQ de Pfeiffer, Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage [GDS] y Escala de Soporte Sociofamiliar de Gijón).



160 Se consideran aquí también otras medidas complementarias de funcionamiento cognitivo, emocional, sociofamiliar y funcional presentes en el cuestionario y cuyos puntos de corte adoptados para la categorización de situaciones problemáticas o no problemáticas son los siguientes: i. Escala de Lawton y Brody, con un corte de 8/7 (ausencia de problema/problema) para las mujeres y un corte de 5/4 para los hombres; ii. Índice de Katz, con un ítem de 3 puntos y un punto de corte 7/8; iii. Escala de Depresión Geriátrica de 15 ítems, con un corte establecido entre 4/5 (ausencia de problema/problema); iv. SPMSQ, con punto de corte 4/5 (por encima de 4 puntos pone en evidencia compromiso cognitivo moderado o grave); y v. Escala de Gijón, con punto de corte 12/13 (ausencia de problema significativo/problema). Se consideran también en este estudio indicadores alusivos a la existencia de problemas de sueño, visión, audición, incontinencia urinaria, estreñimiento, disturbio nutricional y polifarmacia. Estos indicadores geriátricos se evaluaron con cuestiones de autopercepción con respuesta dicotómica (sí/no), con excepción del indicador “polifarmacia” en el que se describe el número de medicamentos de toma diaria (aquí la toma de cinco o más medicamentos clasifica a la persona como “en riesgo”).

#### Procedimiento

El estudio consideró los principios éticos implícitos en las conductas de recogida de información. Se obtuvieron las autorizaciones necesarias de las entidades responsables de los servicios antes mencionados. La participación en el estudio tuvo en cuenta la voluntad de los ancianos después de ser informados sobre las características de la investigación, procediéndose posteriormente a la firma de su libre consentimiento por parte de los participantes, así como fue asegurado el derecho a la confidencialidad. Los entrevistadores tuvieron acceso a preparación específica en la aplicación del cuestionario para aumentar la fiabilidad de los resultados obtenidos.

#### Análisis de datos

Para caracterizar los datos demográficos de la muestra y la puntuación de las variables investigadas se utilizó un análisis estadístico descriptivo. El test *t de Student* y el test de Qui-cuadrado (según la naturaleza de las variables) facilitaron el estudio de las asociaciones entre los constructos *Historial de las Caídas*, *Temor a Caer*, *Restricción de Actividades por el Temor a Caer*, y las otras medidas utilizadas según el nivel de significativos de 5 % ( $p < 0,05$ ) El análisis estadístico se realizó con el software SPSS, versión 20.0 de Windows.

#### RESULTADOS

Serán descritos los principales resultados sobre el *Historial Reciente de Caídas*, el *Temor a Caer* y la *Restricción de Actividades por el Temor a Caer*, el modo cómo estas se relacionan y su asociación con variables sociodemográficas, funcionales, cognitivas, emocionales y de soporte sociofamiliar, así como los varios indicadores geriátricos considerados.

En general, de la muestra considerada el 40,4 % presentaron historial reciente de caídas, mientras que el 63,3 % manifestaron *Temor a Caer* (Tabla 1), resultado que se refleja en la relevancia de este último fenómeno en la población muy anciana, sobre todo en las mujeres. En la Tabla 2 se puede observar que solo el 40,9 % de los ancianos que refirieron temor a caer relataron por lo menos un accidente con caída en los últimos 6 meses. El mayor porcentaje de desacuerdo (32,5 %) se refiere a los participantes que relataron *Temor a Caer sin Historial Reciente de Caídas*. A su vez la alusión a accidentes con caída sin asociación a la presencia del *Temor a Caer* representan solamente un 9,7 %. En los casos en que sucedió una caída por lo menos en los últimos seis meses ( $n = 97$ ) el 76,29 % de los participantes revelaron *Temor a Caer*. El *Temor a Caer* ha sido identificado en la literatura científica como una subdivisión de situaciones de caída (sobre todo de situaciones más traumáticas); sin embargo, la relación entre ambos fenómenos no se ve clara ya que el temor a caer es también significativo en personas ancianas que no relataron accidentes con caídas.

Respecto a las variables sociodemográficas, se comprobó que los individuos con *Historial Reciente de Caídas*, *Temor a Caer*

Tabla 1. Análisis descriptivo sobre medidas de riesgo – historial reciente de caídas y temor a caer

	Missings	N	Respuesta positiva		
			n/%	Mujeres N/n/%	Hombres N/n/%
Historial reciente de caídas	3	237	97 (40,4)	146/74 (50,7)	94/23 (24,5)
Temor a caer			151 (63,3)	146/103 (70,5)	94/48 (51,1)

Tabla 2. Tabla de contingencia de accidentes recientes con caídas y temor a caer

		¿Tiene temor a caer?		Total (n [%])
		No	Sí	
Historial reciente de caídas				
¿Tuvo alguna caída en los últimos 6 meses?	No	63 (26,6)	77 (32,5)	140 (59,1)
	Sí	23 (9,7)	74 (31,2)	97 (40,9)
Total		86 (36,3)	151 (63,7)	237 (100,0)

y *Restricción de Actividades por el Temor a Caer* comparten la misma tendencia en lo que se refiere al género, escolaridad, estado civil y cohabitación. Corresponde así sobre todo a personas muy ancianas, mujeres, con bajo nivel de escolaridad, viudos que viven acompañados y con una media de edad alrededor de los 80 años (Tabla 3). Respecto al contexto de la recogida de datos fue en los cuidados de salud primarios en los que el *Historial Reciente de las Caídas* presentó mayor porcentaje; por el contrario, el *Temor a Caer* y la *Restricción de Actividades por el Temor a Caer* revelaron estar particularmente presentes entre los participantes abordados en un contexto de servicios sociales en la comunidad concretamente de apoyo domiciliario (Tabla 3). El análisis estadístico permite deducir la prevalencia del género femenino y de un nivel de escolaridad bajo en la muestra que se describió como presentando *Historial Reciente de las Caídas*. En relación con el *Temor a Caer* se comprueban diferencias significativas entre los participantes que lo relataron y los que no lo relataron, concretamente respecto al género, nivel de escolaridad, estado civil, edad y contexto de interacción con el participante. Por

último, la relación de la *Restricción de Actividades por el Temor a Caer* con el contexto y la edad son las únicas asociaciones estadísticamente significativas comprobadas.

La Tabla 4 presenta la descripción y la asociación entre los constructos y los parámetros geriátricos analizados en el cuestionario aplicado de triaje geriátrico RNAR 75. A pesar del elevado predominio de estos parámetros en la población geriátrica es importante mencionar la asociación estadísticamente significativa entre el *Historial Reciente de las Caídas* y la polifarmacia (indicador ampliamente discutido en la literatura sobre caídas, así como el *Temor a Caer* y el estreñimiento, incontinencia urinaria, déficit visual y de sueño. La *Restricción de Actividades por el Temor a Caer* reveló estar tendencialmente más presente en individuos que presentan igualmente disturbio nutricional e incontinencia urinaria.

Considerando los resultados presentados en la Tabla 5, se reafirma la relación entre el relato del historial previo de caídas y el temor a caer; de entre 152 participantes 89 (58,6 %) refieren que el temor a caer tuvo implicaciones en las actividades diarias. Apreciando los varios constructos en análisis, se percibe

**Tabla 3. Descripción y correlación de las variables sociodemográficas según la manifestación de los participantes que tienen HRC, TC y RATC**

Variables	HRQ (n = 97)			MC (n = 152)			RAMC (n = 89)		
	n (%)	$X^2$ (sig.)		n (%)	$X^2$ (sig.)		n (%)	$X^2$ (sig.)	
<b>Género</b>		<b>0,000*</b>			<b>0,003*</b>			0,918	
Femenino	74 (76,3)			104 (68,4)			61 (68,5)		
Masculino	23 (23,7)			48 (31,6)			28 (31,5)		
<b>Nivel de estudios</b>		<b>0,067*</b>			<b>0,000*</b>			0,158	
Sin estudios	36 (37,1)			52 (34,2)			34 (38,2)		
No completó enseñanza primaria	36 (37,1)			60 (39,5)			37 (41,6)		
Enseñanza primaria	21 (21,6)			34 (22,4)			15 (16,9)		
Enseñanza preparatoria o superior	3 (3,1)			5 (3,3)			3 (3,3)		
<b>Estado civil</b>		0,065			<b>0,004*</b>			0,492	
Soltero	5 (5,2)			9 (5,9)			4 (4,5)		
Casado	34 (35,1)			55 (36,2)			34 (38,2)		
Viudo	57 (58,8)			87 (57,2)			51 (57,3)		
Separado/divorciado	1 (1,0)			1 (0,7)			0 (0,0)		
<b>Contexto</b>		0,147			<b>0,000*</b>			<b>0,001*</b>	
Servicios de salud primarios	54 (55,7)			56 (36,8)			23 (25,8)		
Servicios sociales en la comunidad	43 (44,3)			96 (63,2)			66 (74,2)		
<b>Cohabitación</b>		0,393			0,305			0,290	
Vive solo	40 (41,2)			61 (40,1)			32 (36,8)		
Vive acompañado	56 (57,7)			89 (58,6)			55 (63,2)		
	Media (±DP)	Mín. Máx.	$t$ (sig)	Media (± DP)	Mín. Máx.	$t$ (sig)	Media (± DP)	Mín. Máx.	$t$ (sig)
<b>Edad (años)§</b>	80,4 (± 4,1)	75-91	0,113	80,5 (±4,2)	75-94	<b>0,003</b>	81,2 (±4,3)	75-92	<b>0,009</b>

DP: desvío-padrón; HQ: Historial reciente de caídas; T: temor a caer; RATC: restricción de actividades por TC.

\* Variables asociadas con distribución no aleatoria para un nivel de significancia  $p < 0,05$ ; § Valor de  $p$  pelo teste t-student de muestras independientes.



**Tabla 4. Descripción y correlación de las variables descriptivas de indicadores geriátricos según el relato de los participantes que tienen HRC, TC y RATC**

Variables	HRQ (n = 97)		TC (n = 152)		RATC (n = 89)				
	n (%)	X <sup>2</sup> (sig.)	n (%)	X <sup>2</sup> (sig.)	n (%)	X <sup>2</sup> (sig.)			
<b>Indicadores geriátricos</b>									
Polifarmacia	40 (41,2)		51 (33,6)		28 (31,5)				
Disturbio nutricional	24 (24,7)	0,551	38 (25,2)	0,233	28 (31,5)	<b>0,027*</b>			
Estreñimiento	56 (57,7)	0,231	89 (58,9)	<b>0,009*</b>	54 (60,7)	0,587			
Incontinencia urinaria	59 (60,8)	0,051	91 (60,3)	<b>0,001*</b>	62 (69,7)	<b>0,010*</b>			
Audición	52 (53,6)	0,634	82 (54,3)	0,532	45 (50,6)	0,658			
Visión	56 (57,7)	0,185	95 (62,9)	<b>0,013*</b>	59 (66,3)	0,869			
Sueño	29 (40,2)	0,564	71 (47,0)	<b>0,062*</b>	46 (51,7)	0,169			
	Media (± DP)	Mín. Máx.	Media (± DP)	Mín. Máx.	Media (± DP)	Mín. Máx.			
Polifarmacia	5,6 (± 3,4)	0-22	<b>0,007*</b>	5,1 (± 3,3)	0-22	0,113	5,4 (± 3,8)	0-22	0,754

DP: desvío-padrón; HRQ: histórico reciente de caídas; TC: temor a caer; RATC: restricción de actividades por TC.  
\* Variables asociadas con distribución no aleatoria para un nivel de significancia p < 0,05.

la asociación del *Historial de las Caídas* con la presencia de señales de humor depresivo y con la vivencia de una situación de carencia sociofamiliar. A su vez, el *Temor a Caer* presenta una asociación significativa con comprometimiento funcional en AIVD y ABVD, comprometimiento cognitivo, depresión y una situación de ausencia de soporte sociofamiliar. Finalmente la *Restricción de Actividades por el Temor a Caer* relata en la muestra presentada una asociación estadísticamente significativa con incapacidad funcional en AIVD y ABVD, así como la existencia de comprometimiento cognitivo.

**DISCUSIÓN**

Paralelamente a estudios recientes sobre la prevalencia de caídas y del temor a caer en la población geriátrica, este estudio también destaca la elevada presencia de estos fenómenos en la población muy anciana no institucionalizada (*Historial Reciente de Caídas* en el 40,4 % y *Temor a Caer* en el 63,3 %). La comprobada prevalencia del género femenino tiene como posibles explicaciones los desequilibrios latentes en las etapas finales de la vida, el aumento del número de mujeres con edad avanzada, la disminución de la fuerza de aprehensión, la disminución de la frecuencia de actividades externas y una utilización más acentuada de medicamentos en relación con el género masculino.

En este estudio realizamos la importancia de la identificación e intervención sobre el *Temor a Caer*. Además de ser una situación presente en una gran proporción de los participantes, 77 ancianos relataron el *Temor a Caer*, con ausencia de un *Historial Reciente de Caídas* (51,0 % de los participantes que relataron *Temor a Caer*). Este resultado

refuerza evidencias anteriores que revelan que el *Temor a Caer* y la *Restricción de Actividades por el Temor a Caer* poseen una mayor correlación con la vulnerabilidad percibida y la pérdida de la autoconfianza en las AVD, de que con la restricción real funcional y el historial reciente de caídas. Otros autores comprobaron en este sentido que cerca del 50,0 % de los ancianos que manifestaron *Temor a caer* no sufrieron ninguna caída. Aunque el desarrollo de este temor es considerado por algunos autores como una consecuencia psicológica directa de la caída (denominándose en estos casos síndrome postcaída), se observa que el accidente con caída no es una condición fundamental para su manifestación, tal como entienden estudios más recientes. Se destaca también, que asociado a un *Historial Reciente de Caídas* se verifica una mayor probabilidad de manifestación de *Temor a Caer*, así como de presentación de depresión y una situación de soporte sociofamiliar pobre. Referimos también que la fuerte relación descrita en la literatura entre los accidentes con caídas y el declinar funcional no se hizo evidente en este estudio.

De los individuos que relataron temor a caer el 41,4 % (n = 63) no reconocen que este haya afectado de modo significativo su rutina diaria. Como se referencia en la literatura, el *Temor a Caer* puede presentar un papel protector y preventivo cuando la persona anciana tiene más cuidado para no exponerse al riesgo. Por otro lado, más de la mitad de los individuos que declararon *Temor a Caer* referían haber restringido su actividad con fundamento en ese temor. Se deduce así que en una proporción considerable de personas ancianas, el temor a caer es motivo de riesgo (por ejemplo, por causar pérdida de confianza en la capacidad de realizar tareas rutinarias, ansiedad

e inseguridad) al generar restricción excesiva de sus actividades (o al evitar las mismas).

Varios estudios han mencionado incluso el perjuicio de la *Restricción de Actividades por el Temor a Caer* en la vida de las personas ancianas, concretamente en lo que respecta a la movilidad, al condicionamiento físico y al equilibrio a la vida social, a la salud mental (por ejemplo, depresión y ansiedad), al aumento de riesgo de caída, dentro de un ciclo vicioso capaz de provocar fragilidad y dependencia.

Se ha analizado la asociación entre el *Temor a Caer* y algunas de las condiciones mencionadas en la literatura. En la muestra considerada, el temor a caer se reveló asociado a un mayor número de situaciones problema cuando se compara con el perfil de individuos que relataron *Historial de Caídas*—se encuentra asociado a un mayor número de indicadores geriátricos (a excepción de la asociación significativa de la polifarmacia con el *Historial de Reciente de Caídas*), de situaciones de comprometimiento funcional en las AVD de comprometimiento cognitivo y de una edad más avanzada—. Algunas de las asociaciones con los indicadores geriátricos se pueden fundar en evidencias científicas, sin embargo, será necesario emplear mayores esfuerzos para comprenderlas, ya que estas pueden presentarse como factores que predisponen o precipitan o ser solo meras condiciones asociadas. A pesar de ello, son evidentes algunos factores de riesgo para la manifestación del *Temor a Caer* que han sido sustentados por anteriores estudios, concretamente, el hecho de ser muy anciano, viudo, mujer (siendo referidos en la literatura factores atenuantes de este contraste, como la tendencia del género femenino para la sobreestimación del riesgo de caída y la tendencia del género masculino para la omisión del problema por la influencia de estigmas y prejuicios sociales), reducido grado de instrucción, humor depresivo y con historial de una caída en los últimos meses por lo menos. Aunque el *Temor a Caer* sea frecuentemente relacionado en la literatura con un comportamiento de restricción de actividades inherente, los resultados obtenidos no permiten sostener esta relación.

### CONCLUSIONES

Los resultados de este estudio reiteran la prevalencia de las caídas y del temor a caer en la población muy anciana, identificándose algunos indicios que remiten para su subnotificación. Este estudio corrobora evidencias que relatan la asociación entre *Historial de las Caídas* y el *Temor a Caer*, aunque haya que destacar que aproximadamente la mitad ( $n = 77$ ) de los

individuos que declararon temor a caer ( $n = 151$ ) no manifestaron *Historial Reciente de Caídas*. A su vez, atendiendo a la interferencia de la consecuencia de ese miedo en la vida cotidiana, del total de los participantes con *Temor a Caer* el 58,6 % ( $n = 89$ ) mencionaron haber restringido su actividad con base en ese temor. Los resultados obtenidos refuerzan también la fuerte asociación entre la manifestación del *Temor a Caer* y la vivencia de situaciones de mayor vulnerabilidad y dependencia (como causa o consecuencia de ese temor a caer) y, por consiguiente, a un reducido concepto de sí mismo y a la disminución de la calidad de vida del anciano. Se hace por ello necesario comprender el significado y el origen del temor a caer, así como desarrollar instrumentos de triaje rápido que faciliten la identificación de grupos de riesgo para que se pueda actuar de forma preventiva; así se podrá reducir el impacto debilitante del temor a caer, principalmente en situaciones cuyo temor sea injustificado en relación con el riesgo real fisiológico de una caída.

### Limitaciones del estudio

Algunas limitaciones nos obligan a un prudente análisis de los resultados. En primer lugar, no se utilizó una muestra representativa de la población, a pesar de los esfuerzos por englobar diferentes contextos en la recogida de datos. En segundo lugar, se utilizaron medidas de autorrelato dicotómicas que impiden un análisis estadístico más profundo con la construcción de modelos de predicción; estas medidas podrán, ocasionalmente, haber ocultado algunos resultados positivos ya que la utilización de cuestiones de respuesta múltiple que permitan graduar el temor a caer va con frecuencia acompañada de un porcentaje más elevado de referencias. En este estudio no se hace distinción entre el temor a caer razonable, el temor a caer exacerbado, no patológico y el temor a caer inherente a una condición psicósomática, pues los datos recogidos provienen de unos instrumentos de triaje rápido para la identificación de ancianos vulnerables que no fue desarrollado expresamente para el estudio de este constructo tan amplio. Deberán desarrollarse en el futuro, de preferencia, no solo estudios que contemplen esta diferencia, sino estudios que tengan por base la evaluación del riesgo fisiológico de caída con medidas objetivas en vez del uso exclusivo de una medida de autorrelato con historial reciente de caídas.

### Conflicto de intereses

Ninguno.