



Facultade de Ciencias da Saúde

Grado en Terapia Ocupacional

Curso académico 2015-2016

TRABAJO DE FIN DE GRADO

**Estudio sobre la percepción que presentan
las personas mayores de la Comarca de Noia
sobre las caídas**

Paula Costa Santiago

Junio 2016

Tutorización

Tutora: Raquel Feal González. Terapeuta Ocupacional y Profesora de la Facultad de Ciencias da Saúde, Universidade da Coruña.

Cotutora: Lorena López Rodríguez. Terapeuta Ocupacional.

ÍNDICE

1	RESUMEN	7
2	INTRODUCCIÓN	9
2.1	Justificación	14
3	OBJETIVOS	16
3.1	Objetivo general.....	16
3.2	Objetivos específicos	16
4	METODOLOGÍA.....	17
4.1	Diseño de estudio	17
4.2	Contextualización de la investigación	17
4.2.1	Ámbito de estudio.....	17
4.2.2	Entrada en el campo	18
4.3	Muestra del estudio.....	19
4.3.1	Selección de informantes	19
4.3.2	Criterios de inclusión y exclusión	19
4.3.3	Descripción de los informantes	19
4.4	Técnicas de recogida de datos	21
4.5	Plan de análisis.....	23
4.6	Consideraciones éticas.....	23
4.7	Criterios de rigor	24
4.8	Búsqueda bibliográfica.....	24
5	RESULTADOS	26
6	DISCUSIÓN	40
7	CONCLUSIONES.....	45
8	LIMITACIONES DEL ESTUDIO	47
9	FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN.....	48

10	AGRADECIMIENTOS	49
11	BIBLIOGRAFÍA	50
12	APÉNDICES.....	56
	Apéndice I: Entrevista.....	56
	Apéndice II: Documento para la observación	59
	Apéndice IV: Hoja de información para los participantes	61
	Apéndice V: Consentimiento informado	64

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla I.....	11
Tabla II.....	11
Tabla III.....	18
Tabla IV.....	19
Tabla V.....	20
Tabla VI.....	22
Tabla VII.....	22

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1.....	18
Figura 2.....	26

1 RESUMEN

Título: Estudio sobre la percepción que presentan las personas mayores de la Comarca de Noia sobre las caídas.

Objetivo: El objetivo principal de este estudio es conocer la percepción que la persona mayor tiene sobre las caídas en su entorno físico en la Comarca de Noia (A Coruña).

Metodología: En el presente trabajo la metodología es de tipo cualitativa fenomenológica para conocer la percepción sobre las caídas que manifiestan las personas mayores. El estudio se desarrolla en la Comarca de Noia. Las técnicas de recogida de datos utilizadas son entrevistas semiestructuradas y observación participante.

Palabras clave: Personas mayores, Terapia ocupacional, caídas, factores de riesgo, domicilio

Tipo de trabajo: Trabajo de investigación.

RESUMO

Título: Estudo sobre a percepción que presentan as persoas maiores da Comarca de Noia sobre as caídas.

Obxectivo: O obxectivo principal deste estudo é coñecer a percepción que a persoa maior ten sobre as caídas na súa contorna física na Comarca de Noia (A Coruña).

Metodoloxía: No presente traballo a metodoloxía é de tipo cualitativa fenomenolóxica para coñecer a percepción das persoas. O estudo desenvólvese na Comarca de Noia. As técnicas de recollida de datos utilizadas son entrevistas semiestructuradas e observación participante.

Palabras crave: Persoas maiores, Terapia ocupacional, caídas, factores de risco, domicilio.

ABSTRACT

Title: Study on the perception that older people have over the region of Noia over the falls.

Objective: The main objective of this study is to determine the perception that most people have about falls on their physical environment in the region of Noia (A Coruña).

Methodology: In the present work, the methodology is qualitative phenomenological type to know the perception of the people. The study develops in the region of Noia. The technicians of collected of data used are semi-structured interviews and participant observation.

Keywords: elderly, occupational Therapy, falls, factors of risk, domicile.

2 INTRODUCCIÓN

El envejecimiento de la población es un fenómeno que surge a nivel mundial; de este modo, en los países en vías de desarrollo existe un aumento repentino de las personas mayores.¹ Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), entre el año 2000 y 2050, la población mundial de 60 años o más, se multiplicará más de tres veces, pasando de 600 millones a 2.000 millones.²

En relación a la población a nivel nacional, se conoce que en el año 2015 la población total es de 8.633.637 habitantes de 65 años o más, formado por 4.912.988 mujeres y 3.720.649 hombres.³ Adentrándonos en la Comunidad Autónoma de Galicia, el número de habitantes con los que cuenta en el año 2015 son 2.732.347 habitantes, siendo A Coruña la provincia con el mayor número de habitantes, 1.127.196, siguiéndole Pontevedra (947.374) y casi igualándose entre las dos provincias restantes, Lugo (339.386) y Ourense (318.391).⁴

En esta etapa de la vida, el lugar que suelen ocupar durante más tiempo las personas mayores, es su domicilio. De este modo, con el paso de los años, estos ciudadanos van experimentando más dificultades a la hora de desempeñar alguna Actividad de la Vida Diaria (AVD)⁶. Entendiendo éstas como: “actividades fundamentales para vivir en un mundo social, que permitan la supervivencia y el bienestar”⁵, como ha establecido la American Occupational Therapy Association⁵ en el año 2002 en su documento *Marco de Trabajo para la práctica de Terapia Ocupacional*; como es el caso de la necesidad de ayuda (física o de tercera persona) en la deambulación y/o alteración de la marcha, lo que conlleva a un riesgo de caídas en su entorno habitual.⁶ Así, la OMS define las caídas como los “acontecimientos involuntarios que hacen perder el equilibrio y dar con el cuerpo en tierra u otra superficie firme que lo detenga”⁷, percibiéndolas como un importante problema mundial de salud pública.⁷ En este grupo de edad, dichos acontecimientos, son una causa de restricción de la participación en muchas de las actividades a realizar,

provocando, una alteración negativa en su calidad de vida y por tanto, en su salud.⁸

En relación al contexto, un alto porcentaje de las caídas son originadas en el ámbito de la comunidad, y dentro de éste el 42% acontecen en el propio domicilio de la persona mayor.⁹ En este caso, la incidencia de personas mayores de 65 años de España que sufren caídas en su entorno, es del 30% y se estima que más de la mitad volverá a sufrir caídas en los próximos años.¹⁰

En relación al sexo, la prevalencia de caídas en este grupo de edad, es mayor en el sexo femenino, aumentando con el paso de los años, e igualándose después de los 75 años en ambos sexos.⁹

Atendiendo a la temporalización, estos accidentes son más frecuentes durante el día y en el período de mañana, momento en el que suelen realizar las actividades cotidianas del hogar (cocinar, asearse, limpiar, entre otras).⁹

Por otra parte, los factores más relevantes responsables de una caída se agrupan en **factores intrínsecos** (Tabla I), aquellos que están relacionados directamente con la persona mayor, y **factores extrínsecos** (Tabla II), entendiéndolos como la unión de factores situados en el interior y exterior del entorno, en este caso el domicilio y sus alrededores:

Tabla I. Factores intrínsecos. Fuente: Elaboración propia a partir del texto ^{8, 11}.

Factores intrínsecos	Edad avanzada
	Sexo
	Fármacos/polifarmacia
	Síndrome Postcaída
	Dificultad para desplazarse y equilibrio
	Discapacidad visual/auditiva
	Enfermedades neurológicas, cardiovasculares u osteoarticulares
	Limitaciones en las Actividades Básicas e Instrumentales de la Vida Diaria (ABVD, AIVD respectivamente)
	Alteraciones del sueño y estado nutricional

Tabla II: Factores extrínsecos. Fuente: Elaboración propia a partir del texto ^{8, 11}.

Factores extrínsecos	Iluminación escasa/insuficiente
	Pavimento deslizante o mojado
	Calzado inadecuado
	Suelos mal nivelados
	Tapetes sueltos
	Muebles inestables
	Objetos tirados

Otra de las secuelas que originan las caídas en las personas mayores, es el miedo a caer o volver a caer, conocido como Síndrome Post-caída. De este modo, el 50% de las personas que caen, sufren este síndrome, considerado también como un factor de riesgo, que conlleva a una

disminución de la confianza para desarrollar una determinada AVD sin caerse y miedo a padecer una nueva caída.¹²

Este síndrome, que afecta a las esferas física, funcional, mental y social de la persona mayor, lleva asociados sentimientos de miedo, inseguridad y ansiedad, interfiriendo en la calidad de vida de la persona mayor. También lleva asociadas limitaciones en lo que refiere a la actividad física y al desempeño ocupacional de las actividades cotidianas, causando mayor nivel de dependencia de la persona. Tal y como constata la evidencia científica, se observa una menor participación en las actividades sociales en más de la mitad de las personas (65%) que presentan el miedo a caerse. La prevalencia varía entre un 10%-60% y es mayor en aquellas personas mayores que ya han sufrido caídas previamente.⁸

Es por ello que las restricciones en las AVD y la calidad de vida de las personas, está íntimamente relacionada con la profesión de terapia ocupacional. Ésta se define como “una profesión que se ocupa de la promoción de la Salud y del Bienestar a través de la ocupación. Su objetivo es capacitar a las personas para participar en las AVD. Los terapeutas ocupacionales, logran este resultado mediante la habilitación de los individuos, para realizar aquellas tareas que optimizarán su capacidad para participar, o mediante la modificación del entorno para que éste refuerce la participación”.¹³

Estudios actuales afirman la relación existente entre el beneficio del papel de la terapia ocupacional con las personas mayores.¹⁴

La evidencia científica demuestra, que la intervención de la terapia ocupacional en el domicilio presenta beneficios orientados, entre otros, a prevenir el riesgo de caídas, facilitando cambios en el comportamiento de las personas, evaluando los riesgos y proporcionando modificaciones en el hogar, con el fin de lograr una forma de vida más segura.¹⁵

Las limitaciones en la participación, afectan a la capacidad de una persona mayor en el desempeño de las actividades de la vida diaria significativas y sus roles más valorados. Los terapeutas ocupacionales proporcionan intervenciones para reducir estas limitaciones. Dichos profesionales identifican el vínculo existente entre las actividades de la vida diaria significativas, la salud y el bienestar. Modificar algunos aspectos de su vivienda puede que sea un aspecto complejo para las personas mayores, pues su hogar y todos los componentes que lo forman, tienen un significado y un valor para los ciudadanos. El terapeuta ocupacional es uno de los profesionales capaz de apreciar y respetar las diferencias individuales, las creencias culturales, las costumbres y su influencia en la ocupación y la participación, además de tener en cuenta las actividades significativas para la persona. ^{5,16}

El desempeño ocupacional de una persona, viene designado por “la acción de hacer y completar una actividad o una ocupación seleccionada como resultado de una transacción dinámica entre el cliente, el contexto/entorno, y la actividad” ⁵. Por ello la intervención de terapia ocupacional sobre las personas mayores con riesgo de caídas, va dirigida a modificar las causas principales de las mismas mediante modificaciones y/o adaptaciones con el fin de mejorar el desempeño ocupacional de estas personas y evitar o prevenir accidentes en sus domicilios. ^{14,15}

Para evitar en gran medida las caídas en los domicilios, y por lo tanto, reducir estos factores, los terapeutas ocupacionales prescriben la utilización de “Productos de Apoyo” (PP.AA) (anteriormente conocidos como ayudas técnicas), los cuales dotan a la persona mayor de independencia y seguridad en la realización de las AVD. Éstos son definidos según la norma UNE-EN ISO 9999:2007 como: *“cualquier producto (incluyendo dispositivos, equipo, instrumentos, tecnologías y software) fabricado especialmente o disponible en el mercado, para prevenir, compensar, controlar, mitigar o neutralizar deficiencias, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación”*. ^{17,18}

De esta manera, el terapeuta ocupacional prescribe los PP.AA que más se adecuan a los requisitos de cada persona, en este caso en domicilio. Este profesional evalúa las necesidades de cada ciudadano, teniendo en cuenta sus contextos y entornos, con el fin de adecuar estos PP.AA a sus necesidades reales y de este modo, conseguir una mayor autonomía e independencia en la realización de las AVD, mejorando por lo tanto su calidad de vida y por tanto, su salud.^{17,18} Así se registra en la *Carta de Ottawa*, puesto que se reconoce que los profesionales del ámbito sociosanitarios entre otros, deben actuar como mediadores: “A los [...] profesionales y al personal sanitario les corresponde especialmente asumir la responsabilidad de actuar como mediadores entre los intereses antagónicos y a favor de la salud.”¹⁹ Asimismo, estos profesionales adquieren funciones de asesoramiento y supervisión, realizando un seguimiento, y adaptado a la persona.^{17, 18}

La bibliografía constata la necesidad de la presencia de terapeuta ocupacional en el ámbito comunitario en España, especialmente dirigido a personas mayores a domicilio.²⁰

2.1 Justificación

En la actualidad, la incidencia de las caídas en domicilio de personas mayores de 65 años está incrementando, debido a la inversión de la pirámide poblacional. La evidencia científica revisada avala el beneficio y la necesidad de la Terapia Ocupacional como servicio de atención domiciliaria centrada en la prevención de caídas en personas mayores.

Sin embargo, son escasas las publicaciones científicas (tanto a nivel nacional como autonómico de Galicia) orientadas a explorar la percepción que tienen las personas mayores acerca de los factores de riesgo que pueden provocar caídas en su entorno habitual.

Por todo esto, surge la necesidad de averiguar y profundizar más sobre el fenómeno de estudio.

Este fenómeno de investigación aporta información necesaria y/o de interés para la sociedad en general. Desde la pertinencia social de la profesión de Terapia Ocupacional, se busca la inclusión social de este grupo de personas en su entorno el mayor tiempo posible.

Desde la pertinencia profesional, se instaura la necesidad de que la profesión de Terapia Ocupacional se lleve a cabo en el entorno más cercano de las personas, con el fin de que este grupo de población pueda realizar las actividades cotidianas con una mayor autonomía.

La importancia de intervención domiciliaria en este grupo de edad también es respaldada desde la pertinencia profesional, ya que se podrían disminuir en gran medida los factores que pueden propiciar una caída.

Desde la pertinencia teórica, este trabajo aporta información novedosa acerca de la percepción que las personas mayores de 65 años tienen sobre las caídas en domicilio y los factores de riesgo más importantes. De este modo, las experiencias de estos informantes aportarán datos relevantes para aquellas personas que se identifiquen o se encuentren en una situación similar así como también para profesionales sociosanitarios, entidades, Organizaciones No Gubernamentales (ONG`s), entre otros y poder mejorar las acciones de prevención.

Conocer y tener en cuenta el grado de importancia que las personas les otorgan a unos u otros factores de riesgo, resulta beneficioso a la hora de elaborar planes de intervenciones más eficaces, efectivas y precisas.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo general

- ❖ Conocer la percepción que la persona mayor tiene sobre las caídas en su entorno físico en la Comarca de Noia (A Coruña).

3.2 Objetivos específicos

- ❖ Describir las experiencias de los participantes sobre su desempeño ocupacional tras una caída.
- ❖ Analizar qué factores identifican los participantes como más relevantes frente a una caída.
- ❖ Averiguar si existe diferencia de percepción en aquellas personas que han tenido alguna intervención profesional al respecto.
- ❖ Conocer la percepción que presenta el sexo masculino y femenino acerca de las caídas.

4 METODOLOGÍA

4.1 Diseño de estudio

Este estudio se enmarca dentro de una metodología cualitativa, con el fin de estudiar el objetivo general “Conocer la percepción que la persona mayor tiene sobre las caídas en domicilio en la Comarca de Noia”.

La metodología cualitativa se define como “cualquier tipo de investigación que produce resultados a los que no se ha llegado por procedimiento estadísticos y otro tipo de cuantificaciones. Puede referirse a investigaciones acerca de la vida de las personas [...]”,²¹ concretamente en este estudio, lo que se desea investigar es la percepción que tienen las personas mayores de 65 años o más acerca de las caídas.

El diseño del estudio es de tipo Fenomenológico, ya que se pretende conocer la experiencia subjetiva de las vivencias de la perspectiva de los sujetos e interpretar los significados obtenidos; concretamente, las experiencias que presentan en relación a las caídas.²¹

4.2 Contextualización de la investigación

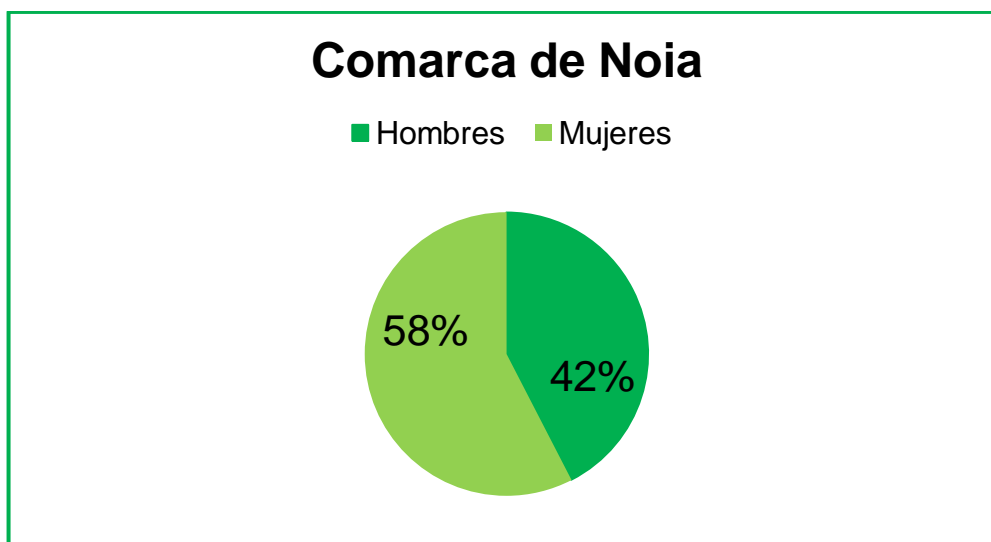
4.2.1 Ámbito de estudio

El estudio se llevó a cabo en la Comarca de Noia que está compuesta por los municipios de Outes, Noia, Lousame y Porto do Son. En la tabla III, se puede observar la población de hombres y mujeres en sus respectivos municipios. En dicha comarca, (tal y como refleja en la Figura 1), las personas de sexo femenino predominan en relación al masculino.

Tabla III. Hombres y mujeres de los municipios pertenecientes a la comarca de Noia en el año 2015. Fuente: elaboración propia a partir de los datos del IGE ⁴

Municipios Noia	Hombres	Mujeres
Lousame	486	649
Noia	1.465	1.957
Outes	923	1.319
Porto do Son	999	1.333

Figura 1: Hombres y mujeres de la comarca de Noia. Fuente: elaboración propia a partir de los datos del IGE ⁴



En relación a la población de la Comarca de Noia, se observa que está habitada mayormente por mujeres.

4.2.2 Entrada en el campo

La investigadora, actualmente estudiante de 4º curso del grado en Terapia Ocupacional, en la Facultad de Ciencias de la Salud (Universidad de A Coruña), posee interés sobre este tema y el ámbito tras realizar las estancias prácticas con personas mayores en 3º de Terapia Ocupacional, es por ello que decide profundizar sobre el fenómeno de estudio.

La entrada al campo se realizó a través de una persona portero (persona de confianza de la investigadora), que puso en contacto a la investigadora con un grupo de participantes a los que se les aplicó los criterios de inclusión y exclusión establecidos (ver Tabla IV) para saber si podían participar en el estudio.

4.3 Muestra del estudio

4.3.1 Selección de informantes

La muestra de sujetos se ha obtenido mediante *bola de nieve* o *en cadena*. Tras este tipo de muestreo se identifican a otras personas a través de los propios participantes, cumpliendo con los criterios de inclusión y exclusión.

4.3.2 Criterios de inclusión y exclusión

Para la selección de informantes, se establecieron los siguientes criterios de inclusión y exclusión, (Tabla IV).

Tabla IV. Criterios de inclusión y exclusión para la selección de los participantes.
Fuente: Elaboración propia.

	CRITERIOS DE INCLUSION	CRITERIOS DE EXCLUSION
Participantes	<ul style="list-style-type: none">• Personas que tengan 65 años o más	<ul style="list-style-type: none">• Personas que residan en centros residenciales
	<ul style="list-style-type: none">• Dispuestas a firmar el consentimiento para participar	<ul style="list-style-type: none">• No consentir la participación en la investigación
	<ul style="list-style-type: none">• Personas empadronadas en la comarca de Noia	<ul style="list-style-type: none">• Personas que por sus capacidades cognitivas no pudieran expresar o responder a la entrevista

4.3.3 Descripción de los informantes

Las personas que han participado en este estudio han sido un total de 18: 6 hombres y 12 mujeres. Las edades de los participantes son variadas y se comprenden entre los 65 años en adelante. En la tabla V se pueden observar sus características generales:

Tabla V. Características generales de los participantes. Fuente: elaboración propia

	SEXO	EDAD	UNIDAD CONVIVENCIA	PP.AA*	CAÍDAS PREVIAS
P01	Mujer	66	Acompañado	Si	Si
P02	Hombre	78	Acompañado	Si	Si
P03	Mujer	87	Solo	Si	Si
P04	Mujer	86	Solo	Si	Si
P05	Mujer	67	Acompañado	Si	Si
P06	Hombre	68	Acompañado	Si	Si
P07	Mujer	74	Solo	No	Si
P08	Mujer	73	Acompañado	Si	Si
P09	Hombre	73	Acompañado	Si	No
P10	Mujer	76	Solo	Si	Si
P11	Mujer	66	Acompañado	Si	Si
P12	Mujer	83	Solo	No	No
P13	Hombre	74	Solo	Si	Si
P14	Hombre	71	Acompañado	No	Si
P15	Mujer	65	Acompañado	No	Si
P16	Mujer	71	Acompañado	Si	Si
P17	Hombre	83	Acompañado	Si	Si
P18	Mujer	84	Acompañado	Si	Si

Notas: *Productos de apoyo

4.4 Técnicas de recogida de datos

Se han utilizado las siguientes técnicas de recogida de información: ²¹

- **Entrevista:** es una conversación entre dos o más personas para tratar algún asunto y dar opiniones. La entrevista se realiza de forma individual, y es semiestructurada, ya que se pretende abordar un conjunto de temas concretos relacionados con las caídas. De este modo, la persona entrevistada tiene un mayor grado de participación. Con este método, se procura obtener información relevante sobre las experiencias que los participantes tienen sobre el tema de estudio. En el presente estudio, las entrevistas se llevan a cabo de forma privada, estando presentes la investigadora y el informante.

Con cada entrevistado, se consensua el lugar donde se realizan las entrevistas. El ambiente es cálido, contando con un espacio agradable para el participante y de este modo favorecer la confianza, el interés y una buena capacidad de escucha. El guión de la misma ha sido elaborado por la investigadora, con la colaboración de sus tutoras.

En este caso, se realiza una entrevista por participante y por día, llevándola a cabo según su disponibilidad horaria. (Apéndice I)

Al comienzo de la misma, se le entrega a cada participante una **hoja de información** (Apéndice III) y un **consentimiento informado** (Apéndice IV) y se resuelven todo tipo de dudas que puedan surgir.

La información de la entrevista se registra mediante una grabación completa, (utilizando la grabadora del teléfono) con previa autorización del participante. De este modo, la información obtenida estará accesible en todo momento y sólo podrá disponer de ellas la investigadora principal para posteriormente transcribirlas.

- **Observación participante:** esta técnica consiste en la observación de cada participante se en el desempeño de las Actividades de la Vida Diaria, así como la accesibilidad de su domicilio (tanto en acceso como el interior del mismo), utilizando un documento para esta observación elaborado por la investigadora. (Apéndice II)

Asimismo, se hace uso de un **diario de campo**, en el que se registran los hechos y anotaciones que la investigadora considera relevantes para la investigación.

En la Tabla VI, se muestra la relación existente entre cada material utilizado con sus respectivas técnicas.

Tabla VI. Relación de los materiales empleados según las diferentes técnicas.
Fuente: elaboración propia

<u>TÉCNICAS</u>	<u>MATERIALES</u>
Observación participante	Diario de Campo
Entrevista	Guión entrevista (apéndice I) Teléfono móvil con grabadora

Para facilitar la comprensión de los datos obtenidos, se realiza la Tabla VII, donde se exponen las técnicas empleadas con sus respectivos códigos. Dicha codificación, será empleada en el apartado de resultados, indicando de forma abreviada cual ha sido la técnica utilizada en cada momento.

Tabla VII. Codificación de las técnicas empleadas. Fuente: elaboración propia

<u>TÉCNICAS EMPLEADAS</u>	<u>CÓDIGOS</u>
Observación participante	OP
Diario de campo	DC
Entrevista	E

4.5 Plan de análisis

Primeramente, se realiza la transcripción de las entrevistas realizadas de manera individual. Se utiliza el código en la entrevista para proteger la confidencialidad de los participantes, de tal manera que la “P” hace referencia a “participante” siguiéndole un número, que corresponde al orden de la realización de las entrevistas.

Se analizan detalladamente todas las entrevistas transcritas, y posteriormente se crean categorías a partir de los datos analizados. Dichas categorías se muestran en el apartado de Resultados.

El análisis de los datos se lleva a cabo de manera individual tanto por la investigadora, como por las directoras del trabajo para a continuación triangular la información de forma enlazada con el fin de minimizar sesgos y obtener una mirada más amplia.

4.6 Consideraciones éticas

Se crea una codificación de los participantes para mantener el anonimato, cumpliendo con la ética Ley Orgánica 15/1999, del 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. El objetivo es proteger todo el proceso de investigación y no vulnerar los derechos de los participantes. Además se utilizaron los siguientes documentos:

- **Hoja de Información al Participante** (Apéndice III), en el cual se especifica toda la información del trabajo desde el anonimato así como las condiciones de su participación. También se refleja la posibilidad de abandonar en el momento que lo deseen.
- **Hoja de Consentimiento Informado** (Apéndice IV) para la participación en el estudio de investigación y autorización para la grabación de audio de la entrevista.

4.7 Criterios de rigor

En el presente trabajo de investigación se encuentran los siguientes criterios ^{22, 23}:

- Credibilidad: este criterio se cumple, ya que, permite evidenciar las experiencias de las personas que participaron en este estudio mediante una triangulación entre la investigadora y las directoras y una transcripción exacta de los datos obtenidos, además de utilizar verbatim para favorecer la comprensión de los resultados.
- Transferibilidad: consiste “en poder transferir los resultados de la investigación a otros contextos” ²², por lo que al realizar una descripción de las características del contexto y los participantes, los resultados del estudio se pueden extender a poblaciones con características similares.
- Dependencia: este criterio hace referencia a “la estabilidad de los datos” ²², para lograr una firmeza de los datos, se emplean técnicas como la triangulación y la descripción detallada en todo el proceso de investigación.
- Confirmabilidad: se define como “bajo este criterio los resultados de la investigación deben garantizar la veracidad de las descripciones realizadas por los participantes” ²², para ello se realizan transcripciones textuales de las entrevistas, se identifican y describen las limitaciones y los alcances del investigador.

4.8 Búsqueda bibliográfica

Con la finalidad de conocer la evidencia científica sobre el tema de estudio, se ha indagado en los meses de diciembre, enero y febrero en las siguientes bases de datos: “Dialnet”, “Csic”, “Medes”, “Lilacs” y “Pubmed”.

En las bases de datos en español, se han utilizado los siguientes Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS): “domicilio”, “riesgo de caída”, “caídas”, “personas mayores”, “terapia ocupacional”, “factores de riesgo”.

En las bases de datos internacionales se utilizaron los descriptores “risk of falling”, “old person”, “aged”, “elderly”, “home”, “domicile”.

Todos ellos combinándolos con los operadores booleanos “AND”, “OR”, además de la colocación de filtros para acortar los resultados de la búsqueda, como “personas mayores de 65 años” y “humanos”.

Los límites que se han tenido en cuenta para realizar esta búsqueda, han sido: un límite cronológico de los últimos 5 años, aunque en algunas ocasiones se ha abierto a los 6, y que el texto se mostrase de forma completa, ya que muchas publicaciones únicamente se muestran resumidas.

5 RESULTADOS

Tras analizar la información obtenida de las diferentes técnicas empleadas, surgen unas categorías de significado, que serán explicadas y apoyadas mediante los *verbatim*s de cada uno de los participantes de este estudio, acompañados de un código; la letra “P” hace referencia a la palabra “participante”, seguida de un número y de la técnica de recogida de datos utilizada, (Ver Tabla VII, Codificación de las técnicas empleadas); la letra “I” hace mención a la palabra “investigadora”.

Dichas categorías son las siguientes: desempeño ocupacional tras una caída, percepción sobre los factores de riesgo de las caídas, el valor de información previa y diferencias entre género. Dichas categorías, se pueden observar en la figura 2.

Figura 2: Relación entre las categorías que emergieron y sus contenidos. Fuente: elaboración propia



Categoría 1: Limitaciones en el desempeño ocupacional tras una caída.

La mayoría de las personas relatan que tienen la necesidad de una tercera persona en el domicilio con el fin de ayudar en las **actividades instrumentales de la vida diaria**, mayormente en las actividades domésticas como lo son la limpieza, el cuidado del hogar y el huerto.

Algunos participantes, narran los cambios en su estilo de vida tras sufrir una caída, y lo asocian de una forma negativa, ya que, según refieren, han dejado de realizar actividades u ocupaciones a las que anteriormente les dedicaban parte de su tiempo, como las actividades de **ocio** y **participación social**, y que actualmente no pueden realizar a consecuencia de la caída.

“[...] a min gustábame moito ir a gimnasia, agora iba ultimamente, xa deixei de ir e iba a yoga... pero bueno, limitacións moitísimas.” (P01) en E

“Non son como antes [...]” (P16) en E

En muchas de las actividades que desempeñan (actividades de la vida diaria), necesitan el apoyo, en mayor o menor medida, de una persona en su domicilio, ya que ésta les facilita las tareas que suponen gran esfuerzo para los propios participantes.

Es importante destacar que las áreas de: actividades básicas de la vida diaria, descanso y sueño, educación y trabajo, no son nombradas por las las personas entrevistadas.

Por otro lado, se puede observar que la mayoría de los participantes necesitan de un servicio de ayuda externo, a diferencia de otros, ya que sus necesidades suelen estar cubiertas por sus familiares. Se observa concretamente en el siguiente participante; cuando necesita abrir alguna botella o algún bote.

“si, para afeitarme que no podía afeitarme y abrir las botellas aún no las abro hoy... necesito ayuda para abrir las botellas...” (P14) en E

“[...]ahora con este brazo non podó facer o que quero... a espalda quedoume moi resentida de cando caín[...]”, “[...]para limpiar... xa teño que ter a unha persona, [...]” (P01) en E

“[...] bueno tengo una chica una vez a la semana porque me hace falta, porque yo no puedo subirme a una escalera, yo no puedo coger peso [...] (P16) en E

“[...] teño a unha persona para que me axude en algo da casa, [...] e axúdame en todo o que haxa que facer tanto na casa como na horta...” (P18) en E

En relación al Síndrome Postcaída, otros participantes, refieren que precisan ayuda física de tercera persona en su domicilio para la ejecución de ciertas actividades instrumentales de la vida diaria, como son las tareas de cuidado del hogar, pero de forma preventiva, ya que consideran que pueden realizar estas actividades de forma independiente, pero prefieren prevenir cualquier situación que les pueda conllevar a una caída.

“[...] facer a limpeza, eu agora non a fago que me ven unha chica e faima ela, [...] e límpame todo ...”, “para limpar a casa, límpame as ventanas e todo.” (P03) en E

“[...] Para limpiar las cortinas [...] me podía arreglar yo sola pero prefiero prevenir.” (P07) en E

“[...] mira el otro día tenía que poner una escalera y subir ahí y no lo hice [...]” (P10) en E

En general, los participantes no conocen el término de “**producto de apoyo**”, conocido anteriormente como “ayuda técnica”.

“no... explicamo [...]” (P03) en E

“non... qué é?” (P04) en E

A pesar de las explicaciones y aclaraciones de la investigadora sobre este término, ellos mismos consideran que no los utilizan y que no les beneficiaría su uso en el día a día. Al mismo tiempo, narran que pueden ser muy útiles para aquellas personas que los necesiten en algún momento y relacionándolos en casi todos los casos con la marcha.

“Home claro que poden axudar, como non van a axudar... se ti non podes estar de pe e aguantarte, claro que si [...]” (P01) en E

“[...] Todas las cosas que te pueden ayudar, que te dan estabilidad [...] todo viene bien claro...” (P07) en E

“[...] yo los considero muy útiles y bastante necesarios porque son un punto de apoyo bastante importante para quien no se vale, pero yo no utilizo ninguno ni pienso que deba utilizarlos por el momento [...]” (P10) en E

*“Home pois claro que poden axudar, é unha axuda e sempre ven ben”,
“[...] agora mesmo penso que non debo ter nada deso”. (P17) en E*

En la misma línea, aquellos participantes que refieren no requerir de dicha ayuda física, no son plenamente conscientes de que en sus domicilios existen productos de apoyo y que además los utilizan diariamente en su desempeño ocupacional. En este caso, los más destacados son los relacionados con la actividad del aseo e higiene personal: las alfombras antideslizantes y los asideros. También poseen, aunque en menor medida, los utensilios de mango largo para facilitar las actividades básicas de la vida diaria, como es el caso del aseo e higiene personal.

“P01 cuenta con dos productos de apoyo en el baño, que son los asideros y una silla de ducha”, “se observa que P03 tiene colgado en su ducha, una esponja de mango largo, además de tener colocada en el suelo de la misma, una alfombra antideslizante”, “P10 cuenta con asideros,

alfombrilla antideslizante y asiento en su ducha”, “se puede analizar que P17 posee un asiento plegable en su ducha y asideros”. I en OP

También se puede observar que, en general, se tiene un vago conocimiento sobre este concepto, haciendo en algunos casos, un uso inapropiado de utensilios cotidianos.

“se analiza que algún participante considera que un paraguas puede servir de apoyo, cuando en realidad se concibe como una fuente directa para propiciar una caída; pues dicho producto, no tiene la finalidad de propiciar estabilidad y seguridad en la marcha.” I en OP

“[...] a veces vas co paraguas e o cerras, e tes que lévalo, e dis, mira o paraguas que cómodo... porque te apoyas nel.” (P03) en E

Además, muchas de estas limitaciones que presentan algunos de los participantes, se asocian a limitaciones a nivel físico, y pueden ser compensadas utilizando algún producto de apoyo adaptado a sus capacidades, facilitando en gran medida su desempeño ocupacional.

“En relación a la marcha, se muestra que P04, P13 y P18, dan pasos cortos y dicha marcha es lenta e incluso pausada. Con la finalidad de que estas personas sientan una mayor seguridad al caminar, podrían dotarse de un bastón”. I en OP

“P08 en momentos de su vida diaria, debido a una enfermedad, se ve limitada para subir las escaleras de su domicilio, las cuales tiene que pasar para poder llegar a los dormitorios o el baño. Lograría equilibrar esta restricción con el uso de un salva-escaleras con plataforma”. I en OP

“Tras sufrir una caída, P14 narra la dificultad que posee a la hora de abrir una botella o un bote, pues cada vez que tiene la necesidad de hacerlo, tiene que contar con la ayuda de algún familiar que en ese momento esté presente. Para evitar esta situación, se considera que P14 podría compensar esta limitación haciendo uso de un abrebotes o un abrebotellas”. I en OP

Categoría 2: Percepción sobre los factores de riesgo de las caídas.

Los participantes de esta investigación, hacen referencia mediante sus narraciones, a los diferentes factores que consideran importantes para propiciar una caída; éstos se agrupan en factores intrínsecos y extrínsecos dependiendo de los motivos que han favorecido sus caídas.

Teniendo en cuenta el significado personal de cada uno de los participantes, los factores que más predominan en este estudio, son los **factores intrínsecos**, entre los que destacan:

- **Edad**; algunos participantes refieren que conforme van pasando los años, se incrementa la probabilidad de sufrir alguna caída, aunque no hacen alusión a una edad cronológica.

“[...] e a idade que non perdona.” (P05) en E

“[...] a propia idade por suposto [...]” (P09) en E

“[...] cando vas maior... caes... se caes e tropezas [...]” (P12) en E

En muchos casos, relacionan este concepto con el proceso de “envejecimiento”.

*“pues puede influir que llega el momento de una cierta edad [...]” (P14)
en E*

- **Déficits sensoriales**, como lo son la agudeza visual o la hipoacusia.

*“... o de caer polas escaleiras dentro da casa foi por estrenar as gafas”
(P05) en E*

*“...me caí porque me dio un mareo, porque tenía una infección en el oído”
(P14) en E*

“... eu penso que moitos motivos son eses [...] pola vista [...]” (P16) en E

- Asimismo, la mayor parte de los entrevistados asocian cómo tras una caída, son frecuentes las **alteraciones en su equilibrio y base de sustentación**, repercutiendo en una marcha menos funcional e independiente.

“os motivos son a falta de equilibrio [...]” (P02) en E

“ [...] fáltache o equilibrio aquel que tiñas [...]” (P03) en E

“pues la pérdida de equilibrio [...]” (P10) en E

“pos a estabilidade de cada un [...]” (P18) en E

- Otro de los factores que perciben como propicios, aunque en menor medida, están relacionados con síntomas como **el vértigo y/o sensación de mareos** (o sensación de “embotamiento”).

“creo que poden influir os vértigos [...]” (P05) en E

“ [...] un mareo, [...] provoca caídas graves...” (P10) en E

*“ [...] teño algo de vértigo e eso pode ser... e tamén sufro de mareos...”
(P11) en E*

“ [...] e algunhas personas que teñen vértigo [...]” (P13) en E

Es importante subrayar que, en relación a los consejos que las personas aportan para evitar las caídas, se tienen principalmente en consideración, aquellas recomendaciones ligadas a la propia persona, es decir, a los factores intrínsecos. Se puede destacar que la seguridad en el día a día, o como ellos refieren, “andar con cuidado”, es el consejo más nombrado y asociado como método de prevención.

*“ [...] o que si que hai que andar amodo e dar pasos pequenos [...]” (P04)
en E*

*“hombre, cuando uno no está seguro [...] hay que andar con extremo
cuidado [...]” (P07) en E*

Percepción que presentan las personas mayores de la Comarca de Noia sobre las caídas

“[...]andar con coidado, nada máis... e non correr, non querer facer as cousas a prisa [...]” (P08) en E

“pois andar amodo cada vez que un cumple un ano máis, cada vez máis amodo” (P09) en E

“pois que vaian con coidadiño e que miren donde poñen os pes” (P17) en E

Por otro lado, los participantes también destacan los **factores extrínsecos** como influyentes en una caída, pero se puede observar que son destacados en menor medida que los citados con anterioridad. Los factores extrínsecos más señalados son la presencia de **barreras en el interior del domicilio**, generalmente las alfombras y el pavimento en mal estado.

“na casa da miña filla escorrín nunha alfombra e quedei alí..” (P04) en E

“Resvalei o saír da miña oficina, e estaba un día chuvioso ...” (P06) en E

“pues las alfombras por los tropezos [...]” (P07) en E

“[...] había un hueco de una baldosa mal puesta [...] el suelo resbaladizo...”(P10) en E

“[...] na casa, mesmo cas alfombras que tropezas [...]” (P17) en E

“[...] as alfombras... que eu cando podo xa as quito todas” (P18) en E

Por el contrario, aunque los participantes asocian multitud de factores que pueden desencadenar una caída, en ocasiones no son conscientes de sus limitaciones, por ejemplo, limitaciones en la marcha, o de su propio riesgo de caídas; (factores detectados por la investigadora como relevantes en sus domicilios)

“el entrevistado no asocia como riesgo la presencia de alfombras en su domicilio” I en DC.

Éste es el caso de las **barreras arquitectónicas** (tanto en el acceso como en el interior de la vivienda), las cuáles han pasado desapercibidas por la mayoría de las personas.

- **Acceso al domicilio.** Una gran mayoría de personas entrevistadas, residen en una vivienda unifamiliar, generalmente de doble planta. De forma común, se pueden destacar las siguientes características.

“Se analiza, que la mayoría de los participantes no han considerado que existen barreras en su entorno más cercano, las cuales pueden favorecer una caída. La barrera que se observa con mayor frecuencia en el acceso al domicilio de estas personas, son el/los escalón/es que tienen que pasar para acceder al mismo” I en OP y DC.

Por el contrario, existe una minoría de personas que viven en pisos. En éstos se puede percibir que hay que subir varias escaleras para llegar al ascensor, o por el contrario, subir todas las escaleras hasta llegar a la vivienda, puesto que no dispone de ascensor.

En relación al exterior del domicilio, los participantes, acechan los obstáculos en el suelo, como causantes de las caídas.

“[...] viña de Noia e salín alí do ayuntamiento... e non sei... eu creo que me dou coma un mareo [...]” (P03) en E

“En casa no, pero en la calle si, aquí en la puerta del Gadis [...]” (P10) en E

“[...] iba por la calle, enganché con una tabla que había en el medio media rota, saliendo de un comercio [...]” (P16) en E

“[...]si, foron sempre na horta [...]” (P18) en E

- **Interior del domicilio.** De todas las personas que residen en viviendas unifamiliares, se analiza que, en cuanto a su distribución, esta está formada por un baño en la planta superior, así como también, en la mayoría de los casos, todas las habitaciones están situadas en dicha planta. Por lo tanto, esto dificulta la movilidad de forma independiente.

“Por un lado, se puede percibir que uno de los elementos más inadvertidos como factor influyente en las caídas, son los obstáculos en el suelo, concretamente las alfombras, las cuales se observan en la mayoría de los domicilios y pasan desapercibidas, como es en los casos de P03, P09, P12, entre otros. Éstas se observan en todos los espacios de los hogares. Así como también los juguetes por el suelo (normalmente en espacios como el salón y/o cocina), como se da en P05, P06 y P11”. I en OP y DC

*“En cuanto a los factores ambientales, se detecta que una gran parte de participantes no posee una iluminación adecuada (en todos los espacios del domicilio), por lo que tampoco son conscientes de que ésta, pueda ser otro de los factores de riesgo en las caídas; se observa en los casos de P01, P02 y P13”.*En OP. *“Tan solo una persona relata que su caída ha sido consecuencia de dicha iluminación”:* I en OP y DC

“[...] caían no sótano, [...] tiña a luz apagada [...] (P02) en E

“De igual manera, se identifica otra barrera muy común en la mayoría de los domicilios como lo son las escaleras en las viviendas unifamiliares, y se puede observar en el caso de P05, P06, P17, entre otros”. I en OP y DC

Los entrevistados contemplan que las caídas más frecuentes se originan en el baño, en las escaleras del domicilio y los alrededores del mismo, considerados como parte del hogar.

“mira, unha das caídas grandes que tuven foi no cuarto de baño ... logo caín ahí tamén no pasillo por dúas veces que resbalei para atrás [...]”

(P01) en E

“[...] caín polas escaleiras da casa [...]” (P05) en E

“[...] me enganché varias veces mesmo con la manguera [...] caí al limpiar el patio, porque la dejé sin recoger [...]” (P07) en E

Por otro lado y en relación al **entorno físico**, se puede contemplar que no otorgan diferencia entre los lugares, ya que según las narraciones de los participantes se perciben de forma igualitaria los espacios más favorables en los que sufrieron una caída (tanto interior del domicilio, exterior y ambos). Siendo los lugares que más se repiten en sus discursos, las escaleras del interior del domicilio y la huerta.

En ningún caso, los participantes consideran o asocian la toma de **fármacos** como factor influyente en las caídas. Tras analizar las técnicas empleadas, se muestra que la mayoría de los entrevistados toma algún tipo de medicación. Por el contrario, una minoría hace uso de la polifarmacia, (considerada como la ingesta de 4 o más fármacos) ²⁴. Los grupos de fármacos más predominantes por su ingesta en los entrevistados son, los hipotensores, ansiolíticos e antiinflamatorios, considerados como posibles factores que determinan una caída.

“eu tomo todos os días X-X-X para a tensión e para o dolor”. (P04) en E

“solo tomo algo cando teño dolor” (P06) en E

“[...]pois eu tomo moita medicación, para o dolor, para a tensión, para a ansiedad... [...]”. (P12) en E

Categoría 3: El valor de información previa como medio de prevención.

La mayor parte de los entrevistados, relatan no haber tenido en ningún momento de su vida, contacto previo con alguna intervención impartida por profesionales sociosanitarios para prevenir las caídas; aunque narran el interés por acudir a éstas. Además se puede mostrar el desconocimiento que muestran sobre quiénes son los profesionales encargados de dichas charlas.

“no [...] se me dixeran que no ayuntamiento hai unas personas que che explican [...] eu iba [...]” (P03) en E

“no [...] aínda que me facía falta ir [...]” (P04) en E

Por otro lado, es relevante destacar, que una minoría de personas investigadas, afirman haber tenido un acercamiento sobre este tema, en algún momento de sus vidas.

En este caso, uno de los participantes ha acudido a charlas informativas/divulgativas sobre la prevención de caídas; relata que ha sufrido una caída en esa etapa de su vida, debido a problemas de salud en ese momento.

“[...] de joven cuando estaba enferma... he ido al psicólogo y al psiquiatra y tambien iba a una conferencia de amas de casa donde se explicaban cosas de caídas y todas estas cosas [...], bueno... yo... como sufrí una XXX, he caído varias veces ahí en el patio [...] era porque yo estaba baja de reflejos que estuve enferma...” (P07) En E

Otro de las participantes del estudio, relata haber recibido charlas informativas sobre esta temática en su historia de vida.

“bueno... eu tuven bastantes porque eu traballei [...] entonces si.. temos tido charlas, téñennos explicado...” (P12) En E

Dicha minoría, identifica un gran número de factores de riesgo, realizando modificaciones en su domicilio, para reducir dichos accidentes. Entre ellos destacan:

En relación a las alfombras, las modificaciones realizadas son, la eliminación de éstas o la colocación de material antideslizante.

Acorde con otros factores de riesgo, también estiman, que las escaleras en el interior del domicilio es un factor predominante en las caídas. Es por ello que una de las participantes, decidió tener un dormitorio y un cuarto de baño en la planta baja, por si en algún momento de su vida presenta alguna limitación.

“[...] yo arriba tengo una alfombra pasillera que le tengo un antideslizante por debajo [...], no tengo ningún problema en subir y bajar [...] para el día que lo tenga, tengo aquí esta habitación y este cuarto de baño [...]”. (P07)

en E

La principal diferencia entre ambos grupos, es que éste último ha detectado más factores de riesgo, y han actuado sobre ellos, realizando modificaciones en el domicilio y eliminando barreras.

A diferencia de esta minoría, en análisis de los demás discursos, se observa la finalidad que tienen para evitar o prevenir las caídas, pero lo hacen limitando su desempeño ocupacional.

Categoría 4: Diferencias de percepción entre género.

De la gran mayoría de las narraciones de los participantes, emergen respuestas, considerando que el sexo femenino es el más propicio a sufrir caídas.

Se puede observar además, que, el rol que desempeña la mujer es infravalorado por los participantes de ambos sexos. Se analiza que en la mayoría de los casos, la mujer se considera “menos” que los hombres, y

así lo relatan. Esto puede ser debido a la visión tradicional en la cual los hombres tenían superioridad sobre las mujeres.

“eu creo que as mulleres... porque son as que fan mais actividade que os homes [...] as mulleres traballan na casa...” (P02) en E

penso que as mulleres [...] será porque somos máis toupas” (P11) en E

“[...] eu creo que as mulleres [...] tropezan con máis facilidade [...]” (P13) en E

“yo creo que las mujeres porque son más torpes” (P14) en E

Una minoría de personas, relaciona el sexo femenino con el desempeño de las actividades instrumentales de la vida diaria, como factor propicio o causante de un gran número de caídas. Entre estas actividades destacan: el cuidado del hogar, las compras, gestión del dinero, entre otras.

“eu creo que temos máis risco de caídas as mulleres [...] meu marido non pode ter tanto risco de caída porque non anda a subir escaleiras e a baixar [...]” (P01) en E

“as mulleres porque na casa realizamos mais labores” (P05) en E“

Por la contra, existe otro pequeño grupo de entrevistados que refieren que este fenómeno es igualitario en ambos sexos.

“[...] según como esté uno, ya sea hombre o mujer [...]” (P07) en E

“[...] máis ou menos caerán por igual [...]” (P12) en E

Por último, es importante destacar que tan solo un participante considera que las caídas influyen mayormente en el sexo masculino, debido al trabajo (físicos, de carga, entre otros) que éste desempeña.

“[...] por cuestión de traballo quizá los hombres [...] por ser albañiles, por los que trabajan en el mar [...]” (P10) en E

6 DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos de este estudio, revelan datos de gran interés, destacando en este caso, los factores de riesgo que los participantes consideran que están íntimamente relacionados con las caídas. A pesar de los numerosos factores citados, es importante destacar, que existen muchos otros que no son nombrados ni percibidos por las personas que han participado en este estudio.

A través de las técnicas de recogida de datos, se detecta, mediante las narraciones de los participantes y las anotaciones en el diario de campo de la investigadora, que son diversos los factores de riesgo que pueden influir en las caídas. La bibliografía revisada apoya los factores que se han emergido tras llevar a cabo la investigación, como lo son la edad avanzada, dificultad para desplazarse, obstáculos en el suelo, escaleras, alfombras, vértigos, mareos, entre otros.^{8,11} Muchos de los factores señalados son nombrados por los propios participantes de manera consciente, aunque en muchas ocasiones, sucede todo lo contrario, ya que se observa que están inmersos en un entorno en el cual existen diversas barreras que pueden dar lugar a una caída y que pasan desapercibidos a los participantes.

La evidencia enfatiza que un 62% de las caídas ocurren en el propio domicilio siendo causadas en mayor medida por resbalones o tropiezos.¹² Al hilo de este estudio, los participantes consideran que las caídas son causadas mayormente debido a tropiezos en las alfombras.

Tras examinar de forma individual cada uno de los domicilios y entornos de las personas entrevistadas, se detecta que los elementos que pasan inadvertidos con mayor frecuencia son los factores extrínsecos (a diferencia de los intrínsecos), como los escalones o escaleras para acceder a la vivienda, y las alfombras y escaleras en su interior. Estos factores, son recogidos en la evidencia científica como barreras u obstáculos ambientales que predisponen a una caída.^{11,24} La bibliografía destaca que un 22% de estas caídas son ocasionadas por factores

extrínsecos, destacando como más significativo, las alfombras, escalones, iluminación inadecuada, entre otros.²⁵ En cuanto al entorno donde se originan las caídas, se observa que en este estudio se dan de forma igualitaria en el exterior e interior del domicilio, a diferencia de la evidencia científica, la cual señala que estos accidentes, suelen ser mayormente dentro del domicilio.²⁶

Las recomendaciones y aportaciones sobre prevención de caídas en el entorno habitual aportados por la mayoría de los participantes, es el andar con cuidado y de forma secundaria, retirar las alfombras ya que pueden ser un riesgo de caída.

La bibliografía consultada afirma que la toma de medicación es un importante factor de riesgo en las caídas, sin embargo, no son considerados de esta forma por los participantes. Se puede observar que el consumo de éstos es muy frecuente en este grupo de edad, ya que gran parte de las personas entrevistadas toma algún tipo de fármaco. Los grupos de fármacos considerados como factor de riesgo en las caídas, son los antihipertensivos y los psicofármacos; ambos consumidos diariamente por muchos de los participantes. Es por ello que la ingesta de algún medicamento que pertenezca a este grupo, o la polifarmacia, considerada como la toma de 4 o más fármacos, son considerados un factor de riesgo importante en relación a las caídas.²⁴ De este modo, es importante resaltar que los participantes no son conscientes de que los diversos fármacos que toman, les puede predisponer a una caída y por lo tanto no toman ninguna medida al respecto.

La evidencia científica, demuestra en relación a este tema, que las intervenciones, son un papel importante en las personas mayores para reducir las caídas. De esta forma se ve reflejado en los resultados de este estudio, observándose en los dos participantes que han tenido intervenciones al respecto; ya que no han sufrido caídas tras recibir información sobre de la prevención de éstas. Además, la bibliografía avala que, las intervenciones grupales y domiciliarias demuestran un

descenso significativo de las caídas, y parecen ser efectivas en aquellas personas mayores que tienen riesgo de caída, y cuando son dirigidas por terapeutas ocupacionales, los cuáles son los encargados de evaluar los factores, tanto extrínsecos como intrínsecos con el fin de modificar y prevenir las causas.^{9, 12, 27}

La mayoría de los participantes de este estudio, consideran que las personas de sexo femenino suelen sufrir más caídas. Algunos, relacionan el “ser mujer” como factor de riesgo en las caídas, ya que lo suelen asociar con la actividad que éstas desempeñan en su entorno físico, destacando la infravaloración de la mujer y el cuidado del hogar y la realización de compras. Este resultado es apoyado por la evidencia científica, resaltando la frecuencia de los accidentes, ocasionados durante el día y por la mañana, siendo este el horario en el que las mujeres desempeñan sus actividades diarias.⁹ Asimismo, se demuestra en un estudio llevado a cabo en Lleida, donde se observa la relación de caídas con el sexo femenino, con un porcentaje de un 27.1%²⁸

Los participantes de este estudio no manifiestan abiertamente el miedo a caer, pero tras analizar las entrevistas, se puede observar que la información relevante indica, que parte de éstas personas han dejado de realizar alguna actividad por precaución o a consecuencia de su caída. También se observa como algún participante traslada aquellas actividades realizadas anteriormente, a un segundo plano; pues refiere presentar limitaciones ocasionadas tras sufrir este tipo de accidentes. La bibliografía apoya este resultado, ya que la mayoría de las caídas conllevan a una manifestación en las personas de este grupo de edad, como lo es el síndrome post-caída, comúnmente conocido como el miedo a caer o volver a caer y considerado un factor de riesgo para sufrir una caída. Si este temor no se trata, en muchas ocasiones puede dar lugar a una restricción en la participación, limitación en las actividades y afectando por lo tanto, a la calidad de vida de los ciudadanos.²⁹ También respaldado por un estudio realizado en Cataluña, donde

aproximadamente el 15% de los participantes, manifestaron restricciones en sus AVD.³⁰

Por otro lado, es importante destacar los productos de apoyo, término desconocido por gran parte de los participantes. Éstos son reconocidos por los participantes como utensilios que pueden ayudar a aquellas personas que los necesitan, relacionándonos en la mayoría de los casos con productos de apoyo para la movilidad como el bastón y la silla de ruedas; por el contrario, consideran que no deben beneficiarse de ellos, aunque no son conscientes de que hacen uso diario de los mismos.

Además, verbalizan que pueden ayudar en las actividades de la vida diaria, tal y como apoya la evidencia científica, puesto que el objetivo de los productos de apoyo, es que la persona logre realizar las actividades de la forma más independiente posible, así como también su uso de forma preventiva o para reducir el riesgo de lesiones, en este caso las caídas.¹⁸ Todo ello, teniendo en cuenta que los profesionales encargados de prescribirlos, son los terapeutas ocupacionales, los cuales deben tener en cuenta, en todo momento, los contextos y entornos en los que la persona se encuentra inmersa; la finalidad, es que los ciudadanos puedan desempeñar sus actividades diarias de la forma más independiente y autónoma posible.^{17, 18}

En relación a la información previa que los participantes tienen sobre el tema de estudio, es importante recalcar que, la minoría que afirma haber recibido información sobre las caídas a lo largo de su vida, no han sufrido estos accidentes (a excepción de uno, ya que tras analizar las narraciones, se observa que ha sido a consecuencia de una enfermedad). La evidencia científica avala este resultado, ya que se confirma que, cuanta menos información reciban las personas mayores acerca de la prevención de caídas, poseen una mayor probabilidad de sufrirlas, porque en muchas ocasiones, no son conscientes de los riesgos con los que viven en su día a día.²⁶

Percepción que presentan las personas mayores de la Comarca de Noia sobre las caídas

Además, uno de los profesionales encargados de administrar dicha información para la prevención de caídas, es el terapeuta ocupacional.

7 CONCLUSIONES

Como conclusión, se afirma que, la mayoría de las personas que participaron en este estudio, refieren necesitar la ayuda de una tercera persona para desempeñar las actividades de la vida diaria, generalmente las instrumentales como por ejemplo la limpieza del hogar.

De forma general, se observa que la mayoría de las personas, tras sufrir una caída, han dejado de realizar actividades relacionadas con el ocio, la participación social y las actividades instrumentales principalmente; vinculando como principal motivo, las limitaciones que presentan y/o la prevención, tras dichos accidentes

En cuanto a los productos de apoyo, mencionan su desconocimiento hacia dicho término, además de indicar que no utilizan ninguno. En relación a esto, se observa que en la mayoría de los casos no son conscientes del uso de dichos productos de apoyo, cuando realmente los utilizan de forma diaria.

Por otro lado, los factores de riesgo más descritos por los participantes, son los factores intrínsecos destacando el paso de la edad, déficits sensoriales, entre otros. Como factores extrínsecos, la mayoría hacen alusión a los obstáculos en el suelo, como es el caso de las alfombras.

En cambio, se observan las diferencias existentes entre las personas que han recibido información previa sobre el tema de estudio, en relación a aquellas que no han tenido charlas o información al respecto. A diferencia de los demás participantes, éstos tienen otros mecanismos de prevención de caídas, como por ejemplo, el material antideslizante en las alfombras y gozar de habitaciones en la planta baja del domicilio.

Para finalizar, es importante destacar que una gran mayoría de participantes, atribuye una mayor incidencia de caídas, al sexo femenino.

Tras llevar a cabo esta investigación, se puede concluir, la importancia del papel del terapeuta ocupacional en las intervenciones domiciliarias, ya

que es el profesional encargado de modificar o adaptar la vivienda y el entorno de los ciudadanos según sus necesidades, con el fin de prevenir caídas en las personas mayores.^{14, 15}

8 LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Tras realizar dicho estudio de investigación, se han detectado las siguientes **limitaciones**:

- No haber hecho partícipe a los familiares de las personas que han participado en el estudio, ya que se podría obtener una mayor información al respecto además de tener en cuenta la percepción de éstos.
- Evidencia científica abundante que demuestre los beneficios de las intervenciones de la Terapia Ocupacional como modo de prevención, en el entorno más cercano de las personas mayores de 65 años o más.

9 FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

Finalmente, se considera adecuado seguir la línea de este trabajo y de por ello se proponen propuestas para futuras líneas de investigación:

- Llevar a cabo intervenciones desde el ámbito de Terapia Ocupacional hacia aquellas personas que presenten riesgo de caídas, tanto en su domicilio como en su entorno habitual, con el objetivo de demostrar si existe eficacia de dichas intervenciones.
- Aportar información a aquellas personas que estén dispuestas a recibirla, sobre como prevenir los factores de riesgo de caídas.

10 AGRADECIMIENTOS

A mis tutoras, por haber creído y confiado en mí, por su entrega, por su tiempo y por su paciencia, gracias.

A mis padres, por luchar por mí y conmigo, y por lograr que todas esas derrotas se conviertan en victorias.

A mis abuelos y hermano, por sus preocupaciones diarias, por los ánimos ininterrumpidos y por enseñarme lecciones de vida.

A Lu, por aguantarme, por confiar en mí y por quererme.

A Rebe, por ser otro de mis grandes apoyos y una gran amiga.

A todas aquellas personas, que han apostado y siguen apostando por mí y por hacerme crecer como persona.

11 BIBLIOGRAFÍA

1. Teles da Cruz D, Cláudio Ribeiro L, de Toledo Vieira M, Bustamante Teixeira MT, Rocha Bastos R, Gonçalves Leite IC. Prevalência de quedas e factores asociados em idosos. Revista de Saúde Pública [revista en internet] 2012 [fecha de consulta 28/12/2015] 46 (1): [138-46]. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000100017
2. Organización Mundial de la Salud (OMS). Envejecimiento y ciclo de vida. Datos interesantes acerca del envejecimiento [Internet]. [fecha de consulta 05/01/2016]. Disponible en: <http://www.who.int/ageing/about/facts/es/>
3. Instituto Nacional de Estadística [base de datos en Internet]. Madrid: Instituto Nacional de Estadística; 2015 [fecha de consulta 10/05/2016]. Sección “Series detalladas desde 2002. Población residente por fecha, sexo y edad”. Disponible en: <http://www.ine.es/>
4. Instituto Galego de Estatística [base de datos en Internet]. Santiago de Compostela: IGE; 2015 [fecha de consulta 25/01/2016]. Sección “Concellos e a súa poboación clasificados polo número dos seus habitantes. Padrón municipal de habitantes. Ano 2015”. Disponible en: <http://ige.eu/web/index.jsp?paxina=001&idioma=gl>
5. Ávila Álvarez A, Martínez Piédrola R, Matilla Mora R, Máximo Bocanegra M, Méndez Méndez B, Talavera Valverde MA, et al. Marco de Trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional: Dominio y proceso. 2da Edición [Traducción]. www.terapia-ocupacional.com [portal en Internet]. 2010 [fecha de consulta 28/12/2015]; [85p.]. Disponible en: <http://www.terapia-ocupacional.com/aota2010esp.pdf>

6. Fundación Mapfre. El alto coste social de las caídas en el hogar. Seguridad y medioambiente [revista en internet] 2014 [fecha de consulta 28/12/2015] extra 1: [29-31]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4866128>
7. Organización Mundial de la Salud (OMS). Caídas [Internet]. 2012 [fecha de consulta 05/01/2016]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/es/>
8. Párraga Martínez I, Navarro Bravo B, Andrés Pretel F, Denia Muñoz JN, Elicegui Molina RP, López-Torres Hidalgo J. Miedo a las caídas en las personas mayores no institucionalizadas. Gaceta Sanitaria [revista en internet] 2010 [fecha de consulta 28/12/2015] 24 (6): [453-459]. Disponible en: <http://www.gacetasanitaria.org/es/content/articulo/S0213911110002232/>
9. Risson DS, Mari TA. Programa de prevención de caídas de personas mayores en el domicilio. Seguridad y medioambiente [revista en internet] 2014 [fecha de consulta 28/12/2015] (136): [367-375]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4960058>
10. Gobierno Hernández J, Pérez de las Casas MO, Madan Pérez MT, Baute Díaz D, Manzanque Lara C, Domínguez Coello S. ¿Podemos desde atención primaria prevenir las caídas en las personas mayores? Atención primaria [revista en internet] 2010 [fecha de consulta 28/12/2015] 42 (5): [284-291]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-linkresolver-podemos-desde-atencion-primaria-prevenir-13149822>
11. Martínez Salazar IN, Acevedo-Stefanoni E, Boira S, Marcuello-Servós C, Otero L, Sanz Barbero B et al. Un aspecto de salud desapercibido y desatendido: los riesgos de caída domiciliar en edad avanzada. Comunitaria: Revista internacional de trabajo

- social y ciencias sociales [revista en internet] 2015 [fecha de consulta 28/12/2015] (10): [97-112]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5216767>
12. Cruz E, González M, López M, Illythia DG, Pérez MU. Caídas: revisión de nuevos conceptos. HUPE [revista en internet] 2014 [fecha de consulta 12/04/2016] 13 (2): [86-95]. Disponible en: inger.gob.mx/bibliotecageriatria/acervo/pdf/v13n2a12.pdf
13. World Federation of Occupational Therapists. Definition of Occupational Therapy. 2012
14. Lampiasi N, Jacobs M. The Role of Physical and Occupational Therapies in Fall Prevention and Management in the Home Setting. Care Management Journals [revista en internet] 2010 [fecha de consulta 28/12/2015] 11(2): [122-7]. Disponible en: <http://search.proquest.com/openview/aed6c57a84e48176884aaefd8032b90/1?pq-origsite=gscholar>
15. Leland NE, Elliott SJ, O'Malley L, Murphy SL. Occupational Therapy in Fall Prevention: Current Evidence and Future Directions. AJOT [revista en internet] 2012 [fecha de consulta 12/04/2016] 66: [149-160]. Disponible en: <http://ajot.aota.org/Article.aspx?articleid=1851552>
16. Wales K, Clemson L, Lannin NA, Cameron ID. Functional assessments used by occupational therapists with older adults at risk of activity and participation limitations: a systematic review and evaluation of measurement properties. Systematic Reviews [revista en internet] 2012 [fecha de consulta 28/02/2016] (15): [1-45]. Disponible en: <http://systematicreviewsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/2046-4053-1-45>

17. Cruz Roja Española. Documento marco para el uso y distribución de los Productos de Apoyo en Cruz Roja Española. Madrid: Cyan, Proyectos Editoriales, S.A.; 2011
18. Sebastián Herranz M, Valle Gallego I, Vígara Cerrato A. Guía de orientación en la práctica profesional de la valoración reglamentaria de la situación de dependencia: Productos de Apoyo para la autonomía personal. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO); 2011
19. Organización Mundial de la Salud. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Ginebra, Suiza; 1986
20. Garrido-Torrente R, Peral Gómez P. Terapia Ocupacional a domicilio en la provincia de Albacete. TOG (A Coruña) [revista en internet]. 2015 [fecha de consulta 01/05/2016] 12(10): [115-208]. Disponible en: <http://www.revistatog.com/suple/num10/domicilio.pdf>
21. Arantzamendi M, López-Dicastillo O, Vivar OG. Investigación cualitativa. Manual para principiantes. España. 2012
22. Noreña AL, Alcaraz- Moreno N, Guillermo Rojas J, Rebolledo-Malpica D. Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa. Aquichan [revista en internet] 2012 [fecha de consulta 26/04/2016] 12 (3): [263-274]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-59972012000300006&script=sci_abstract
23. Ruíz Olabuénaga JI. ¿Cómo saber si los datos recogidos son buenos y merecen ser creídos?. Teoría y práctica da la investigación cualitativa. Bilbao: Deusto; 2012. 115-122
24. Sgaravatti A. Factores de riesgo y Valoración de las caídas en el adulto mayor. Carta geriátrico gerontológica 2011 [fecha de consulta 17/05/2016] 4 (1): 1-36. Disponible en: <https://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd>

=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjH1-6tj-
HMAhWJuBoKHeWOD_IQFggcMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.gr
amonbago.com.uy%2Fimgnoticias%2F20019.pdf&usg=AFQjCNHp
57RYsTeeZ2CGx_tBFAabolYUSA&sig2=XPaafQP6voyGFSW_d4
G7Nw&bvm=bv.122129774,d.d2s

25. Del Campo Real A. Actuación de enfermería en la prevención de caídas en las personas mayores. [Trabajo de Fin de Grado]. Valladolid; 2015
26. Guerrero Ceh JG, Sarabia Alcocer B, Can Valle AR. Incidencia del síndrome de caídas en el hogar, estudio realizado en personas mayores en el rango de edad de 60 a 80 años. RIDE [revista en internet] 2016 [fecha de consulta 30/05/2016] 6 (12). Disponible en: <http://www.ride.org.mx/index.php/RIDE/article/view/215/963?platform=hootsuite>
27. Gillespie L D, Robertson M C, Gillespie W J, Sherrington C, Gates S, Clemson L M et al. Intervenciones para la prevención de caídas en las personas de edad avanzada que residen en la comunidad. 2013
28. Lavedán Santamaría A, Jürschik Giménez P, Botigué Satorra T, Nuin Orrio C, Viladrosa Montoy M. Prevalencia y factores asociados a caídas en adultos mayores que viven en la comunidad. Atención primaria [revista en internet] 2014 [fecha de consulta 26/05/2016] 47 (6): 367–375. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656714003163>
29. Cadijame Velázquez García G, Montes Castillo ML, Mazadiego González ME. Asociación del síndrome de temor a caerse, actividades y participación en los adultos mayores. Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación [revista en internet]

2013 [fecha de consulta 26/05/2016] 25(2): 43-48. Disponible en:
www.medigraphic.com/pdfs/fisica/mf-2013/mf132b.pdf

30. Suelves JM, Martínez V, Medina A. Lesiones por caídas y factores asociados a personas mayores de Cataluña, España. Rev Panam Salud Publica [revista en internet] 2010 [fecha de consulta 26/05/2016] 27(1): 37-42. Disponible en:
www.scielosp.org/pdf/rpsp/v27n1/06.pdf

12 APÉNDICES

Apéndice I: Entrevista

CÓDIGO:

Fecha:

Lugar:

Buenos días/tardes, ¿cómo se encuentra? El motivo de que hoy estemos aquí reunidos, es para realizar una entrevista y que me pueda contar su experiencia personal sobre este tema, como bien ha leído en la hoja de información.

Le recuerdo que la entrevista será grabada para facilitar el trabajo posterior y que si en algún momento le surge alguna duda, no quiere contestar a alguna pregunta o si decide no participar, estará en todo su derecho y no habrá ningún tipo de problema.

Cuando Usted quiera podemos comenzar.

DESEMPEÑO OCUPACIONAL DE LA PROPIA PERSONA

1. ¿Podría hablarme sobre su día a día?
2. ¿Qué actividades son las que suele realizar dentro del domicilio?
3. ¿Qué actividades son las que suele realizar fuera del domicilio?
4. ¿Necesita ayuda para alguna de las actividades que me ha comentado antes? Si es así, ¿podría contarme qué tipo de ayuda?
5. En cuanto a su ocio y tiempo libre, ¿cuáles son las actividades que realiza? Y ¿Con quién las lleva a cabo?

CAÍDAS COMO ELEMENTO DE CAMBIO

6. ¿Recuerda si ha sufrido alguna caída? En caso negativo, ¿Cuáles considera que son los lugares más favorables para sufrir una caída?

7. ¿Podría decirme en qué contexto (calle, lugar, domicilio...)?
¿Cuáles cree que fueron los motivos que pudieron originar esa caída?
8. ¿Quién cree que tiene mayor riesgo de caída, los hombres o las mujeres? ¿Por qué?
9. ¿Qué factores cree usted que pueden influir en las caídas de las personas mayores?

SÍNDROME POSTCAÍDA Y DESEMPEÑO OCUPACIONAL

10. ¿Cómo se siente usted en relación a las caídas?
11. A raíz de su caída, ¿considera que ha cambiado algo en el desempeño de su día a día (necesidad de servicio de ayuda a domicilio, cambio de residencia, ayuda de 3ª persona)? (Solo para las que respondan que si en la pregunta 6). Si la respuesta es afirmativa, describa cual.
12. ¿Y en cuanto a la realización de actividades? (Solo para las que respondan que si en la pregunta 6)

USO DE PRODUCTOS DE APOYO, TERCERAS PERSONAS Y ACCESIBILIDAD EN DOMICILIO

13. ¿Sabe lo que es una ayuda técnica? si la respuesta es no, la investigadora explicará el concepto al informante.
14. Dicho esto, ¿utiliza usted alguno, o considera que debería beneficiarse de alguno?
15. ¿Qué opina sobre los productos de apoyo? ¿Cree que pueden ayudar? Si es así, ¿de qué forma?
16. ¿Ha acudido en algún momento de su vida a algún servicio socio-sanitario, a charlas o a profesionales que le aconsejasen sobre como prevenir las caídas o que le aportase consejos relacionados con la prevención de caídas?

17. ¿Cómo considera que es la accesibilidad de su hogar (tanto el acceso como el interior)? ¿Cambiaría algo?
18. ¿Podría aportar algún consejo para prevenir las caídas en el domicilio?
19. ¿Toma algún fármaco? Si es así, ¿cuáles?
20. Ya para finalizar, ¿le gustaría comentarme algo que no se haya mencionado en la entrevista?

Apéndice II: Documento para la observación

Código:

Fecha observación:

1. Acceso al domicilio

	SI	NO	OBSERVACIONES
Escalones en el portal/puerta			
Ascensor			
Rampa			
Barandilla/pasamanos			
Pisos mal nivelados/escalones			

2. Interior del domicilio

	SI	NO	OBSERVACIONES
Iluminación adecuada			
Escaleras en el domicilio			
Luz exterior			
Luz interna			

Percepción que presentan las personas mayores de la Comarca de Noia sobre las caídas

Pasamanos			
Orden			
Suelo libre de obstáculos			
Mobiliario altura adecuada			
Ducha			
Bañera			
Silla o asiento			
Asideros			
Alfombrilla antideslizante			
Asideros			
Otros PA			
Calzado adecuado			
Dificultad para desplazarse			

Apéndice IV: Hoja de información para los participantes

TÍTULO: Estudio sobre la percepción que presentan las personas mayores de la Comarca de Noia sobre las caídas.

Investigadora: Paula Costa Santiago con DNI _____, estudiante de 4º curso de Terapia Ocupacional de la facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de A Coruña.

Este documento tiene como finalidad ofrecerle información sobre un estudio de investigación en el cual se le invita a colaborar. Este estudio estará dirigido a personas de 65 años o mayores.

Este trabajo forma parte del plan de estudios del grado en Terapia Ocupacional, siendo en este caso tutorizado por Raquel Feal González y Lorena López Rodríguez, ambas terapeutas ocupacionales.

Puede hacer todas las preguntas que necesite y si lo desea puede llevarse este documento con la finalidad de consultarlo con otras personas o simplemente para tomar la decisión de participar o no.

La participación en este estudio es completamente **voluntaria**, es decir, usted puede decidir si quiere participar o no. Si decide participar y posteriormente se arrepiente, toda la información obtenida se destruirá y dicha decisión no afectará a sus cuadros médicos.

¿Cuál es el propósito del estudio?

El propósito del estudio es conocer las percepciones de las personas mayores de 65 años sobre las caídas en su domicilio y los factores de riesgo que pueden conllevar a caerse.

¿Por qué me ofrecen participar a mí?

Se invita a participar en este estudio a aquellas personas que tienen 65 años o más ya que es uno de los criterios de selección de participantes

más relevante, por lo que si usted ha sido invitado a participar es porque cumple con este criterio.

¿En qué consiste mi participación?

Su participación consiste en la colaboración del trabajo, contestando a una serie de preguntas que forman una entrevista semiestructurada en la cual usted podrá contarme experiencias propias además de centrarse en la propia respuesta de las mismas.

Si alguna pregunta durante la entrevista le resulta incómoda, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador así como de no responder.

¿Qué riesgos o inconvenientes tiene?

La participación en el estudio no presenta ningún tipo de riesgo asociado a las personas participantes, pues son intervenciones dirigidas a la obtención de información.

¿Obtendré algún beneficio por participar?

No se obtendrá ningún beneficio de la participación pero ésta resultará positiva para conocer los diversos factores de riesgo asociados con las caídas en domicilio y de esta forma prevenirlas.

¿Recibiré la información que se obtenga del estudio?

Si Usted lo desea se le facilitará un resumen de los resultados del estudio.

¿Se publicarán los resultados de este estudio?

Los resultados de este estudio serán remitidos a publicaciones científicas para su difusión, pero no se transmitirá ningún dato que pueda llevar a identificación de los pacientes.

¿Cómo se protegerá la confidencialidad de mis datos?

Los datos de confidencialidad se protegerán de acuerdo con la Ley Orgánica 15/1999, del 13 de diciembre, de Protección de Datos de

Carácter Personal. En todo momento Usted puede acceder a sus datos, corregirlos o cancelarlos.

Los datos recogidos estarán identificados mediante un código, por lo tanto, su identidad no será revelada a persona alguna.

¿Quién me puede dar más información?

Puede contactar con la propia investigadora de este trabajo, Paula Costa Santiago a través del teléfono _____ o mediante el correo electrónico _____ .

Muchas gracias por su colaboración

Apéndice V: Consentimiento informado

Título:

Estudio sobre la percepción que presentan las personas mayores de la Comarca de Noia sobre las caídas.

Yo

- He leído la Hoja de Información al Participante de estudio arriba mencionado que se me entregó considerando que recibí suficiente información sobre el mismo.
- Comprendo que la participación es voluntaria y puedo retirarme del estudio cuando quiera.
- Accedo a que se utilicen mis datos en las condiciones detalladas en la Hoja de Información al Participante.
- Presto libremente mi conformidad para la participación en el estudio.
- En relación a la grabación de audio de la entrevista realizada, autorizo a la investigadora del estudio, para que pueda entrevistarme, grabar y publicar los resultados de dicha entrevista mediante su reproducción, distribución y/o comunicación pública exclusivamente en medios académicos o

científicos. Solo podrá ser publicada y difundida bajo seudónimo.

- Comprendo que mi participación en este estudio es voluntaria, y que puedo retirarme del estudio cuando quiera, sin tener que dar explicaciones y sin que esto repercuta en mis cuadros médicos.

Con respecto a la conservación y utilización futura de los datos:

- Accedo a que los datos se conserven una vez terminado el estudio, siempre y cuando sea imposible, mismo por los investigadores, identificarlos por ningún medio.

En cuanto a los resultados de las pruebas realizadas:

Deseo conocer los resultados de las pruebas.

En _____, a _____ de _____ de 2016

Firma: