

MED. GRAL. CLAUDIA LUCERO

PADILLA HERNÁNDEZ

“MOTIVOS POR LOS CUALES SUFREN CAÍDAS EN EL HOGAR LOS ADUL-  
MAYORES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO.9”

2024



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**ESPECIALIDAD EN  
MEDICINA FAMILIAR**

**“MOTIVOS POR LOS CUALES SUFREN CAÍDAS EN  
EL HOGAR LOS ADULTOS MAYORES DE LA UNIDAD  
DE MEDICINA FAMILIAR NO.9”**

**Tesis**

**QUE COMO PARTE DE LOS REQUISITOS  
PARA OBTENER EL DIPLOMA DE LA  
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA:  
MED. GRAL. CLAUDIA LUCERO PADILLA  
HERNÁNDEZ**

**DIRIGIDO POR:  
MTRO. OMAR RANGEL VILICAÑA**

Querétaro Qro. Marzo de 2024



Dirección General de Bibliotecas y Servicios Digitales  
de Información



Motivos por los cuales sufren caídas en el hogar los  
adultos mayores de la unidad de medicina familiar no.

9

**por**

Claudia Lucero Padilla Hernández

se distribuye bajo una [Licencia Creative Commons  
Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

**Clave RI:** MEESC-302678



**Universidad Autónoma de Querétaro**  
Facultad de Medicina  
**Especialidad en Medicina Familiar**

**“MOTIVOS POR LOS CUALES SUFREN CAÍDAS EN EL HOGAR LOS ADULTOS  
MAYORES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO.9”**

**Tesis**

Que como parte de los requisitos para obtener el Diploma de la  
Especialidad en Medicina Familiar

**Presenta:**

Med. Gral. Claudia Lucero Padilla Hernández

**Dirigido por:**

Mtro. Omar Rangel Villicaña

Mtro. Omar Rangel Villicaña  
Presidente  
Mtra. Ma. Azucena Bello Sánchez  
Secretario  
Med. Esp. Luis Abraham Montes De Oca Reséndiz  
Vocal  
Dr. en C.S Nicolás Camacho Calderón  
Suplente  
Mtra. Julia Monzerrath Carranza Torres  
Suplente

Centro Universitario, Querétaro, Qro.  
Fecha de aprobación por el Consejo Universitario marzo 2024.  
México.

## Resumen

**Introducción:** Las caídas constituyen uno de los síndromes geriátricos más importantes por su alta morbimortalidad, su origen es multifactorial. Es importante identificar los motivos por los que el adulto mayor sufre caídas, al conocer sus experiencias comprendemos que caer no deriva solo de enfermedad física, también influyen las alteraciones psicológicas tras la pérdida de la autonomía que desencadenan sentimientos negativos en la vejez. **Objetivo:** Conocer los motivos por los cuales el adulto mayor sufre caídas en el hogar, comprender sus emociones entorno a este fenómeno. **Metodología:** Se realizó un estudio cualitativo, basado en el método fenomenológico. La población de estudio fueron 16 adultos mayores de la UMF No. 9 de Querétaro, aplicando una entrevista a profundidad. **Criterios de inclusión:** Adultos mayores derechohabientes de la UMF9 que sufrieron caídas en el hogar **Criterios de exclusión:** Pacientes con trastorno del lenguaje que no pudieron responder la entrevista. **Criterios de eliminación:** Pacientes que por algún motivo no terminaron de contestar la entrevista. Las categorías estudiadas fueron; enfermedades, condiciones de la vivienda, discapacidad y dependencia, redes de apoyo y sentimientos tras sufrir una caída. Se contempla la reglamentación ética vigente de acuerdo con la Ley general de salud y declaración de Helsinki respetando la dignidad, integridad y confidencialidad de los participantes. **Resultados:** Los participantes presentaban comorbilidades previo a su caída, destacaron; diabetes, hipertensión, privación sensorial, trastornos musculoesqueléticos y urinarios. Influyeron condiciones de la vivienda como escaleras, relieves del piso, falta de iluminación, ambiente físico desorganizado y tipo de calzado. Se pudo conocer la percepción del anciano ante la discapacidad motriz y pérdida de su autonomía, los sentimientos y emociones que les genera la experiencia de una caída, así como la forma en la que influyen las redes de apoyo para afrontar dicha situación. **Conclusiones:** Las caídas ocurren por motivos intrínsecos y extrínsecos, es importante que el paciente y quienes conviven con el aprendan a identificarlos de manera oportuna para dar un cuidado individualizado de acuerdo con las necesidades y posibilidades de cada individuo, con las redes de apoyo disponibles para prevenir futuras caídas, mejorar las condiciones fisiológicas y psicológicas del adulto mayor.

**Palabras clave:** (Motivos, caídas, experiencias, sentimientos, emociones)

## Summary

**Introduction:** Falls constitute one of the most important geriatric syndromes due to their high morbidity and mortality; their origin is multifactorial. It is important to identify the reasons why older adults suffer falls. By knowing their experiences, we understand that falling does not only derive from physical illness; psychological alterations after the loss of autonomy that trigger negative feelings in old age also influence. **Objective:** To know the reasons why older adults suffer falls at home, understand their emotions around this phenomenon. **Methodology:** A qualitative study was carried out, based on the phenomenological method. The study population was 16 older adults from the UMF No. 9 of Querétaro, applying an in-depth interview. **Inclusion criteria:** Elderly beneficiaries of UMF 9 who suffered falls at home. **Exclusion criteria:** Patients with language disorder who could not answer the interview. **Elimination criteria:** Patients who for some reason did not finish answering the interview. The categories studied were; illnesses, housing conditions, disability and dependency, support networks and feelings after suffering a fall. The current ethical regulations are contemplated in accordance with the General Health Law and Declaration of Helsinki, respecting the dignity, integrity and confidentiality of the participants. The current ethical regulations are contemplated in accordance with the General Health Law and Declaration of Helsinki, respecting the dignity, integrity and confidentiality of the participants. **Results:** The participants had comorbidities prior to their fall, they highlighted; diabetes, hypertension, sensory deprivation, musculoskeletal and urinary disorders. Housing conditions such as stairs, floor reliefs, lack of lighting, disorganized physical environment and type of footwear influenced. It was possible to know the perception of the elderly regarding motor disability and loss of autonomy, the feelings and emotions that the experience of a fall generates, as well as the way in which support networks influence them to face this situation. **Conclusions:** Falls occur for intrinsic and extrinsic reasons, it is important that the patient and those who live with him learn to identify them in a timely manner to provide individualized care according to the needs and possibilities of each individual, with the support networks available to prevent future falls, improve the physiological and psychological conditions of the elderly.

## Dedicatorias

Dedico este trabajo a mi amado esposo, quien durante diez años ha viajado conmigo para verme alcanzar mis metas. Gracias Abdiel por tu apoyo y por creer en mí.

A mi hijo quien ha llegado a darle inmensa alegría a nuestro hogar, siempre estaré para ti, para recordarte que eres capaz de lograr lo que te propongas y me esforzare cada día para ser un buen ejemplo a seguir.

A María quien ha sido parte de la inspiración para esta tesis y especialmente a mi Madre su cuidadora más fiel e inquebrantable, Mamá todo esfuerzo que haces por mi abue te dará la recompensa y satisfacción de vivir con paz en tu mente y corazón.

## Agradecimientos

Agradezco al Dr. Omar Rangel por su enseñanza y apoyo en el complicado y emocionante mundo de la investigación cualitativa.

A la Dra. Azucena Bello por sus enseñanzas y estar siempre pendiente de sus residentes.

A los médicos del instituto mexicano del seguro social que se tomaron un poco de su tiempo para aportarnos algo positivo de su experiencia y conocimientos.

## Índice

<b>Contenido</b>	<b>Página</b>
<b>Resumen</b>	I
<b>Summary</b>	II
<b>Dedicatorias</b>	III
<b>Agradecimientos</b>	IV
<b>Índice</b>	V
<b>Índice de cuadros</b>	VII
<b>Abreviaturas y siglas</b>	VIII
<b>I. Introducción</b>	1
<b>II. Fundamentación teórica</b>	3
II.1 Adulto mayor	3
II.2 Caídas	4
II.3 Origen de las caídas	5
II.3.1 Factores intrínsecos	5
II.3.1.1 Deficiencias sensoriales en los adultos mayores	6
II.3.1.2 Deterioro cognitivo	7
II.3.1.3 Cambios musculoesqueléticos	7
II.3.2 Factores extrínsecos	8
II.3.2.1 Factores ambientales de la vivienda	8
II.3.2.2 Uso de medicamentos y polifarmacia	10
II.4 Redes de apoyo en el envejecimiento	11
II.5 Discapacidad funcional y dependencia	12
II.6 Sentimientos	13
II.7 Fenomenología	14
<b>III. Estado del arte</b>	16
III.1 Estudios internacionales	16
III.2 Estudios realizados en Latinoamérica	17
III.3 Estudios realizados en México	19
<b>IV. Hipótesis</b>	22
<b>V. Objetivos</b>	22
V.1 General	22
V.2 Específicos	22
<b>VI. Material y métodos</b>	22
VI.1 Tipo de investigación	22
VI.2 Población o unidad de análisis	22
VI.3 Muestra y tipo de muestreo	23
VI.3.1 Criterios de selección	23
VI.3.2 categorías estudiadas	24
VI.4 Técnicas e instrumentos	26
VI.5 Procedimientos	26

VI.5.1 Análisis de datos	27
VI.5.1.1 Codificación y categorización	27
VI.6 Análisis Fenomenológico	28
VI.7 Consideraciones éticas	30
<b>VII. Resultados</b>	32
VII.1 Análisis fenomenológico	32
<b>VIII. Discusión</b>	64
<b>IX. Conclusiones</b>	68
<b>X. Propuestas</b>	69
<b>XI. Bibliografía</b>	70
<b>XII. Anexos</b>	78
XII.1 Hoja de recolección de datos	78
XII.2 Carta de consentimiento informado.	79

## Índice de cuadros

### Cuadro

1

Matriz de categorías

### Página

24

## **Abreviaturas y siglas**

**COESPO:** Consejo estatal de población

**CONAPO:** Consejo nacional de población

**FES:** Falls Efficacy Scale

**INAPAM:** Instituto nacional de las personas adultas mayores

**INEGI:** Instituto Nacional de Estadística y Geografía.

**IMSS:** Instituto Mexicano del Seguro Social.

**OMS:** Organización Mundial de la Salud.

**OPS:** Organización Panamericana de la Salud

## I. Introducción

El envejecimiento es un proceso multifactorial e inevitable en el ciclo vital del ser humano, incluye cambios físicos, mentales y sociales, con ritmo y presentaciones diferentes en cada individuo, que en determinado momento le causaran una limitación en la forma de relacionarse y adaptarse con el medio. (Alvarado y Salazar, 2014)

Es la primera vez en la historia de la humanidad en la que se vive más tiempo, la mayoría de la población tiene una esperanza de vida igual o mayor a los 60 años. 125 millones de personas mayores de 80 años habitan el planeta hoy en día. En México 14.5 millones son personas con 60 años o más. En el 31.7% de los hogares de México reside una persona mayor. (CONAPO,2020)

El presente estudio se realizó tomando en cuenta el acelerado envejecimiento de la población, así como las complicaciones asociadas a este fenómeno, en un grupo poblacional donde la salud física y mental es frecuentemente subvalorada o mal diagnosticada.

La vejez se caracteriza por la aparición de estados de salud complejos lo que se denomina síndromes geriátricos, que por lo general son consecuencia de múltiples factores como la fragilidad, haciendo al anciano más propenso a sufrir una caída. (OMS, 2022)

Las caídas constituyen un hecho muy frecuente, con un alto protagonismo en el estado de salud y una elevada morbimortalidad tanto por daño físico como por las secuelas psicosociales que produce.

En México las caídas representan el 30% de las causas de muerte en adultos mayores, 62% de estas ocurren en la casa y 26% en la vía pública. (Pérez et al.,2020).

Se realizó esta investigación debido a que gran parte de las caídas de los adultos mayores suceden en el hogar, surgiendo entonces la necesidad de conocer los motivos por los que está ocurriendo este fenómeno y la perspectiva que el anciano tiene ante dicho evento.

En la vida cotidiana de las personas adultas mayores hay muchos motivos que pueden facilitar o propiciar la aparición de este fenómeno, algunos autores dividen los factores en dos grandes grupos; intrínsecos, que son los inherentes a la persona, estos se relacionan con los cambios biológicos y psicosociales que se asocian al envejecimiento y los factores extrínsecos resultan de la interacción de los adultos mayores con el medio ambiente. (Lemus et al., 2019)

En el presente trabajo además de conocer los motivos por los que el adulto mayor sufre caídas en su hogar, se estudia la realidad, las emociones, los sentimientos, las experiencias y la forma en que se vive determinada situación, de modo que se utilizó método fenomenológico de apoyo para la realización de esta investigación. Conocer, estudiar y familiarizarnos con el entorno que predispone a que el adulto mayor sufra una caída y como vive su contexto, nos ayudara a prevenir o minimizar la aparición del problema.

Es importante identificar los motivos por los que el adulto mayor está sufriendo caídas, motivos que no siempre son fáciles de identificar, pero al conocer sus experiencias vividas podemos comprender que caer no solo es a causa de una enfermedad de base o de una limitación funcional, también proviene de alteraciones psicológicas que se dan tras la pérdida de la autonomía y la perdida de la confianza al realizar sus actividades de la vida diaria, acompañado de una serie de emociones y sentimientos negativos, que lo llevan a vivir con el miedo y el riesgo de volver a caer.

### III. Fundamentación teórica

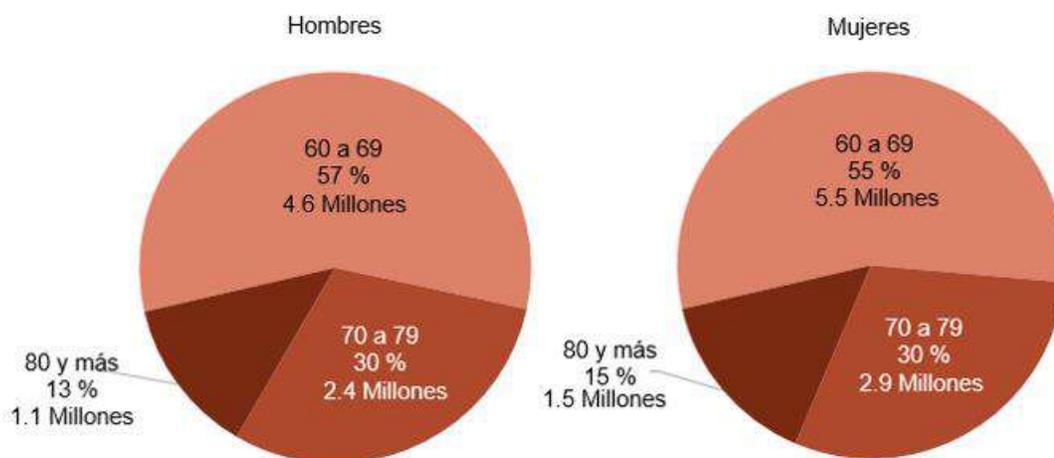
#### II.1 Adulto mayor

En México las personas adultas mayores son aquellas que cuenten con sesenta años o más y que se encuentren domiciliadas en el territorio nacional. (LDPAM. 2002)

Desde el punto de vista biológico, el envejecimiento es la consecuencia de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, así como aumento de riesgo de enfermedad. (OMS 2022)

Según las proyecciones de población en México la esperanza de vida en 2024 es de 75.3 años; 72.4 años para hombres y 78.9 años para las mujeres. En Querétaro la esperanza de vida actual es de 76.3 años. (CONAPO 2023)

A nivel mundial en 2020 el grupo poblacional mayor a 60 años fue de 1000 millones. (2) En el 2020 residían en México 15.1 millones de personas de 60 años o más representando el 12% de la población total. (INEGI 2020)



Fuente: INEGI. Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo Nueva Edición (ENOE<sup>N</sup>). Base de datos

Segundo trimestre de 2022. SNIEG. Información de Interés Nacional

Según datos del INEGI en el estado de Querétaro la población de adultos mayores en 2020 fue de 240,222 esto es un 10% aproximado de la población total, 111,790 adultos mayores viven en el municipio de Querétaro. (INEGI 2020)

## **II.2 Caídas**

“Las caídas son sucesos involuntarios que hacen perder el equilibrio y dar con el piso en tierra u otra superficie firme que lo detenga”. Constituyen un hecho muy frecuente, con un alto protagonismo en el estado de salud y una elevada morbimortalidad tanto por el traumatismo como por las secuelas psicosociales que produce. (OMS. 2021)

Las caídas son la segunda causa mundial de muerte por traumatismos involuntarios, se calcula que anualmente fallecen en todo el mundo 684 000 personas debido a caídas, más del 80% se registran en países con medianos y bajos ingresos y son los adultos mayores de 60 años quienes sufren más caídas mortales. (OMS. 2021)

El 7% de las visitas a urgencias en adultos mayores se debe a una caída y el 40% requerirán hospitalización. En México las caídas representan el 30% de las causas de muerte en adultos mayores, 62% de estas ocurren en la casa y 26% en la vía pública. Las caídas son más frecuentes en las mujeres y la tendencia tiene a igualarse conforme avanza la edad. (Pérez et al., 2020)

Las caídas son un marcador de fragilidad para el adulto mayor, su frecuencia aumenta con la edad siendo más recurrentes y con peores consecuencias en mayores de 85 años. (Martínez et al., 2020)

La incidencia anual de caídas entre personas que viven en la comunidad aumenta del 30% entre los 60 y 79 años al 50% después de los 80 años. De estos el 50% volverá a sufrir una caída Un 20% de las caídas requieren atención médica, 10% se presentarán con lesiones importantes entre el 4% y 6% de los ancianos

sufrirán fractura como consecuencia y entre un 40% y 50% serán lesiones menores como contusiones, heridas o hematomas. (Martínez et al., 2020)

### **II.3 Origen de las caídas**

Algunos autores dividen los factores en dos grandes grupos; intrínsecos, que son los inherentes a la persona, estos se relacionan con los cambios biológicos y psicosociales que se asocian al envejecimiento y los factores extrínsecos resultan de la interacción de los adultos mayores con el medio ambiente. (Lemus et al., 2019)

#### **II.3.1 Factores intrínsecos:**

Los factores intrínsecos se relacionan con el estado funcional y de salud que presenta el individuo, como por ejemplo las comorbilidades, trastornos neurológicos, trastornos musculo esqueléticos, trastornos cardiovasculares, trastornos psiquiátricos, trastornos endocrino- metabólicos, trastornos urológicos, incapacidad funcional, presencia de alteraciones del equilibrio, de la movilidad y algunos problemas para realizar actividades de la vida diaria (Faustro et al., 2021)

Un factor demográfico es la propia edad, el riesgo de caer aumenta con los años de vida, esta asociación se explica por qué el envejecimiento provoca cambios fisiológicos, como son la disminución de la fuerza muscular, la disminución de la masa ósea, lo que ralentiza el tiempo de reacción, ya que están disminuidos los reflejos, hay un aumento en la oscilación del cuerpo, se reduce el control postural, así como la flexibilidad y la coordinación motora. La disminución de la fuerza muscular afecta a músculos, sobre todo a los de los miembros inferiores afectando la capacidad de realizar sus actividades de la vida diaria, su capacidad funcional disminuida aumentara la probabilidad de caer. (Lemus et al., 2019)

### **II.3.1.1 Deficiencias sensoriales en los adultos mayores**

Aunque el envejecimiento fisiológico varía de una persona a otra debido a la predisposición genética, el medio ambiente y el estado de salud, los deterioros sensoriales aumentaran inevitablemente con la edad, las alteraciones de la función visual repercuten gravemente en el estado funcional, ocasionan enfermedad, menor actividad social y mayor mortalidad. (Hoyos et al., 2018)

Las deficiencias visuales tienen gran impacto en el estado funcional del anciano, los errores de refracción, cataratas, degeneración macular asociada a edad, retinopatía diabética y glaucoma son los problemas oftalmológicos más comunes que afectan a este grupo etario. (Hoyos et al., 2018)

En lo que respecta a la deficiencia auditiva, afecta entre el 25 y 40% de los mayores de 65 años y al 80% de los adultos mayores de 85 años, la presbiacusia representa más de 90% de las hipoacusias. Problema que va asociado a aislamiento social, deterioro cognitivo, hay una disminución en la calidad de vida, riesgo de caídas e incrementara la mortalidad. (Hoyos et al., 2018)

Otro cambio fisiológico propio del envejecimiento son las disfunciones vestibulares, el sistema vestibular tiene la función de detectar la posición y los movimientos que realiza la cabeza en relación con el cuerpo y el espacio. Cambios degenerativos en el sistema vestibular se han asociado estrechamente a padecer caídas debido a la aparición de vértigo y alteraciones del equilibrio. (Concha et al., 2020)

El deterioro de la actividad propioceptiva está relacionado con la pérdida del control de la postura. Las funciones de la propiocepción están compuestas por la cinestesia, que es la sensación de movimiento, por la posición articular y el control de la fuerza, estas en conjunto van a ser indispensables para la realización de las actividades motoras funcionales. Con el envejecimiento hay deficiencia en la cinestesia y la posición de algunas articulaciones se ve afectada, principalmente el tobillo, rodilla y cadera, lo que disminuye la estabilidad de la postura y favorece el riesgo de caer. (Concha et al., 2020)

### **II.3.1.2 Deterioro cognitivo**

El deterioro cognitivo hace referencia a la disminución de las funciones cerebrales como son la memoria, la atención o la capacidad de aprendizaje y va estrechamente asociado al proceso normal del envejecimiento con el paso de los años todas las personas desarrollan un deterioro en las funciones cognitivas. (OPS. 2020)

La demencia es síndrome clínico que se caracteriza por la disminución del nivel de cognición, afecta en la realización de las actividades de la vida diaria, es una de las principales causas de discapacidad y dependencia de los ancianos y tiene importantes repercusiones para quien lo padece, su familia, cuidadores y la sociedad. En las demencias primarias la disminución cognitiva se debe a un proceso neurodegenerativo subyacente, como en la enfermedad de Alzheimer y las demencias secundarias son causadas por otra enfermedad como el traumatismo craneoencefálico o esclerosis múltiple y el tratamiento se centra en la enfermedad subyacente. (OPS. 2020)

Las caídas pueden estar asociadas a disfunción cognitiva, hay relación entre la disminución del funcionamiento cognitivo y la inestabilidad postural lo cual aumenta el riesgo de sufrir una caída. (Béjar et al., 2019)

### **II.3.1.3 Cambios musculoesqueléticos**

El sistema musculo esquelético es esencial para realizar las actividades de la vida diaria, representa el 40% del peso corporal aproximadamente. La capacidad funcional depende de este sistema mismo que se ve significativamente afectado con la edad. Existen dos términos que están en relación con la pérdida de las capacidades físicas del anciano y por los tanto aumentan el riesgo de caídas.

La dinapenia se refiere a la pérdida de la fuerza y la potencia muscular relacionada con la edad, lo cual aumenta el riesgo de discapacidad física. Este cambio ocurre principalmente en los músculos anti gravitatorios como extensores de la rodilla y plantiflexores del tobillo que interfiere en mantener la posición de pie

y el equilibrio aumentando el riesgo de caídas. La sarcopenia se define como una pérdida progresiva y generalizada de la masa muscular en asociación con la edad, (Concha et al., 2020)

Se cree que los factores físicos relacionados con las caídas pueden estar asociados con la fuerza oclusal máxima (MOF) que es la fuerza del contacto entre en maxilar y el mandibular, es decir la fuerza de la mordida. Se podría sugerir que la evaluación de la fuerza oclusal máxima podría contribuir a una predicción de los riesgos de caídas entre los ancianos. Los exámenes dentales deberían incluirse en el chequeo médico regular para los adultos mayores. (Eto y Miyauchi. 2018)

### **II.3.2 Factores extrínsecos**

Los factores extrínsecos son responsables del 22% de las caídas. Estos en su mayoría son modificables y se pueden evitar, por lo que una acción eficaz en centrada en este punto puede ayudar a la prevención de las caídas, tomando en cuenta que uno de los objetivos del envejecimiento activo es promover un entorno seguro para el movimiento. (Molés et al.,2020)

#### **II.3.2.1 Factores ambientales de la vivienda**

El hogar del adulto mayor no siempre cuenta con las condiciones necesarias para moverse de forma segura, las puertas deben tener adecuada iluminación, las ventanas deben tener cortinas de protección ya que los adultos mayores son más sensibles al exceso de luz y resplandor, la habitación debe estar en la planta baja, para evitar escaleras y facilitar la circulación, las escaleras deben estar construidas o revestidas con antiderrapante. (Gómez. 2018)

Sufrir una caída en la mayoría de los casos se debe a una inadaptación al entorno donde se vive, debemos evitar en la medida posible los constantes cambios de este entorno. Las caídas se producen en lugares cerrados, los sitios de mayor frecuencia son el baño, dormitorio y cocina, lugares donde podemos encontrar más situaciones adversas como el interruptor distante de la puerta, camas altas y estrechas, barreras arquitectónicas, iluminación inadecuada, objetos en el suelo,

suelos lisos, mojados y resbaladizos, alfombras sueltas sin antideslizante, ausencia de barras de apoyo en el baño y en la ducha y principalmente en escaleras aquí se producen 10% de las caídas, siendo de mayor peligro los primeros y últimos escalones. (Hernández et al.,2020)

Dependiendo de la situación funcional del adulto mayor será la prevalencia de la causa asociada a caídas. En los activos y vigorosos los factores ambientales serán fundamentales mientras que en los pacientes con fragilidad destacan los factores intrínsecos como son trastornos del equilibrio y de la marcha. Se ha demostrado también que los ancianos que gozan de buen estado de salud y que son activos tienden a sufrir caídas, esto se debe a que llevan a cabo acciones más peligrosas y no perciben el riesgo en comparación con los ancianos frágiles que ya conocen sus limitaciones funcionales. (Pérez et al.,2020)

Otro factor importante para considerar fue el tipo de calzado, durante la caída la mayoría de las mujeres y mayores de 85 años reportaron haber estado en pantuflas, mientras que los hombres y menores de 85 años usaban zapatos, lo que lleva a pensar que no estaban usando ropa adecuada, se recomiendan zapatos con punta cerrada y suela de goma. (Molés et al., 2020)

La mayoría de los accidentes ocurren en el día lo que coincide con el máximo periodo de actividad y es cuando los ancianos se encuentran solos en casa sin ayuda o vigilancia de un familiar, en las mujeres la mitad de las caídas ocurrieron en los meses de invierno, mientras que en los hombres fue en verano probablemente esto se relaciona con las diferencias en la rutina diaria entre ambos sexos. (Molés et al., 2020)

### **II.3.2.2 Uso de medicamentos y polifarmacia**

De acuerdo con la OMS la polifarmacia se define como el consumo de más de tres fármacos simultáneamente. (Hernández et al., 2018)

Un 65% de los adultos mayores usa regularmente más de tres medicamentos, y un 20% toman hasta 10 prescripciones en una misma semana, hay importante relación entre el uso de medicamentos y un mayor riesgo de presentar desenlaces negativos relevantes para la calidad de vida de esta población como lo son las caídas, hospitalizaciones, pérdida de funcionalidad, y aumento de la mortalidad. (Salech et al., 2016)

Las enfermedades crónicas del anciano propician el uso de múltiples medicamentos, las interacciones farmacológicas pueden provocar efectos adversos, algunos medicamentos aumentan el riesgo de sufrir caídas ya que causan efectos en la movilidad, el equilibrio y la marcha. Entre los fármacos que provocan mayor riesgo de caídas se encuentran los diuréticos ya que provocan hipotensión y los que tienen efecto en el sistema nervioso central, en México se prescriben sedantes 3 veces más que en otros países del mundo y los ancianos representan uno de los grupos de edad que más los utilizan. (Cabrera et al., 2019)

Las benzodiazepinas son utilizadas en el tratamiento de la ansiedad y el insomnio en pacientes geriátricos a dosis bajas sin embargo sus beneficios son discutidos en contraste con sus efectos adversos. Los fármacos que actúan a nivel de sistema nervioso central incrementan los efectos secundarios debido a la disminución del número de neuronas y al incremento de permeabilidad de la barrera hematoencefálica. (Alcocela et al., 2021)

El adecuado conocimiento de la fisiología del envejecimiento y el juicioso manejo de guías clínicas de prescripción basadas en evidencia existentes, son una ayuda importante para mejorar la seguridad del proceso de prescripción farmacológica en este grupo etario. (Cabrera et al., 2019)

## **II.4 Redes de apoyo en el envejecimiento**

Las redes de apoyo social son el conjunto de relaciones que integran a una persona con su entorno social o con personas con las que establecen vínculos solidarios y de comunicación para resolver necesidades específicas como son el bienestar material, físico o emocional de sus integrantes, están en constante movimiento y las integran dos personas o más, que comparten intereses y son de acción voluntaria. (INAPAM 2020)

El bienestar material de las personas mayores es más alto para aquellas que viven acompañadas en comparación con quienes viven solas. Los distintos tipos de apoyos provienen principalmente de familiares, pero claramente quienes son menos propensos a recibirlos son las personas que viven solas, seguidas de las redes de apoyo constituyen la base sobre la que se dan las ayudas que las personas requieren. Contribuyen al sentimiento de pertenencia y generan la integración social. En edades avanzadas evitan el aislamiento e inciden y cobran importancia en la calidad de vida de las personas mayores. La familia constituye la primera red de apoyo social que posee el individuo a través de toda su vida y por lo tanto se reconoce que esta instancia ejerce función protectora ante las funciones que genera la vida cotidiana. Es para el individuo fuente de amor, satisfacción, bienestar y apoyo, pero también puede representar insatisfacción, malestar y estrés. (Fusté et al., 2018)

El contar con una red social que le proporcione apoyo a un individuo es benéfico, ya que se ha encontrado que las personas con una percepción de apoyo social alta tienen un auto concepto positivo, son menos ansiosas y creen en sus propias habilidades para controlar aspectos de su entorno. Su autoeficacia y satisfacción personal es mayor experimentan baja angustia psicológica y pueden adaptarse mejor a nuevos ambientes en cambio, aquellas personas que perciben un nivel bajo de apoyo social son emocionalmente inestables y tienden a ser más pesimistas respecto al presente y al futuro. (García et al., 2017)

## **II.5 Discapacidad funcional y dependencia**

Una de las consecuencias más notorias del envejecimiento poblacional es el incremento de la discapacidad y de la dependencia funcional. (Lozano et al., 2017)

El consejo de Europa define como dependencia funcional “la necesidad de ayuda o asistencia importante para las actividades de la vida cotidiana” en forma más amplia “un estado en el que se encuentran las personas, que por razones ligadas a la falta o pérdida de la autonomía física, psíquica e intelectual tienen necesidad de asistencia para realizar los actos de la vida diaria y de forma particular los referentes al cuidado personal” (González 2017).

Para estimar la dependencia funcional se emplean una serie de medidas subjetivas mediante el auto reporte de dificultades para el desarrollo de actividades básicas de la vida diaria estas son una escala basada en el rol personal y las tareas de autocuidado mediante la evaluación de la independencia en la realización de seis actividades: alimentarse, bañarse, vestirse, control de la incontinencia, acostarse, levantarse de la cama y caminar a otros cuartos. (González 2017).

La dependencia también hace referencia a ciertos criterios clínicos, funcionales, físicos mentales, económicos y culturales, entre estos criterios para predecir la dependencia encontramos; vivir solo, muerte de un familiar o pareja, tener más de 70 años, padecer enfermedades físicas y psicológicas crónicas, no tener movilidad, no tener familia extensa, no tener vecinos, tener problemas económicos. (Aued, 2020)

La dignidad humana siempre debe ser respetada, sin embargo, ante ciertas situaciones de vulnerabilidad como el envejecimiento puede verse amenazada, por la falta de reconocimiento de la autonomía. Bernadette Puijalon menciona “la autonomía funcional” la cual va decreciendo según el grado de dependencia y la “autonomía decisional” relacionada con la autodeterminación y la dignidad, esta es la que los ancianos necesitan que se les reconozca cuando la autonomía funcional se va deteriorando.

Reducirlos solo a receptores de cuidado es negarles su experiencia existencial de envejecimiento. El paternalismo que se ha impuesto a los ancianos es discriminatorio e injusto porque atenta contra su autonomía. (Aued, 2020)

## **II.6 Sentimientos**

Una caída en el adulto mayor produce un síndrome post caída que además de que puede verse implicada la pérdida de la autonomía y la funcionalidad, se considera como la principal consecuencia psicológica y está caracterizada por la modificación de sus hábitos cotidianos y cambios en las emociones y sentimientos del anciano como baja autoestima, tristeza, ansiedad, depresión, desesperanza, miedo a volver a sufrir una caída entre otros

El miedo a caer es “la pérdida de confianza en sí mismo para evitar las caídas durante la realización de actividades esenciales y relativamente no peligrosas, que llevan al individuo a evitar actividades que es capaz de realizar” (Alcolea et al., 2021)

Este miedo aumenta el riesgo de volver a caer, incrementando la dependencia física, social y psicológica, la preocupación por caerse se ha relacionado con diversas causas como son la edad avanzada, caídas previas, vivir solo, ansiedad, depresión, el sexo femenino, déficits sensoriales, trastornos de la marcha, entre otros. (Thompson et al., 2019)

Es de interés mencionar que dos terceras partes de los ancianos que caen, sufrirán caída nuevamente en los siguientes 6 meses. Por lo tanto, la caída es un factor de riesgo para sufrir una nueva caída. (Hernández et al., 2020)

## II.7 Fenomenología

En el presente trabajo se estudia la realidad, las emociones, los sentimientos, las experiencias y la forma en que se vive por el adulto mayor una caída en su domicilio, razón por la que se utilizó el método fenomenológico para realizar esta investigación.

Originada por Edmund Husserl en 1980 surge la corriente filosófica llamada fenomenología la cual se centra en la experiencia personal, conduce a la interpretación de la esencia de las experiencias vividas, entorno a un suceso, desde la perspectiva de una persona, de esta se desglosan cuatro conceptos: la temporalidad la cual se refiere al tiempo vivido, la espacialidad que es el espacio vivido, corporalidad es el cuerpo vivido y la relacionalidad o comunalidad, que se refiere a la relación humana vivida. Enfatiza que la experiencia vivida aparece en el contexto de las relaciones ya sea con objetos, personas, sucesos o alguna situación. (Guillen, 2019)

En la fenomenología las percepciones de la persona evidencian la existencia del mundo, de acuerdo con las experiencias vividas y no solo como lo piensa. La experiencia humana es significativa ya que siempre estamos conscientes de algo esto implica que las personas estén en su mundo y solo sean comprendidas dentro de sus propios contextos. Esto lleva a que el comportamiento humano se contextualice por su relación con objetos, con personas o situaciones. (Alvarez. 2003)

John Cresswell considera que para realizar un análisis fenomenológico se deben cumplir ciertas características como son la búsqueda de la esencia de la experiencia, buscar su apariencia interna y externa esto se basa en la memoria, la imagen y el significado, analizar un tema específico con búsqueda de significados posibles, hacer uso de la intuición y la imaginación para aprehender la experiencia, se reserva el juicio respecto a lo que es real o no lo es, se comprende la perspectiva filosófica en especial el cómo una persona experimenta un fenómeno, la información

se obtiene por medio de entrevistas, elaborando preguntas de investigación para explorar el significado que las personas le dan a su experiencia. (Alvarez. 2003)

El propósito de realizar un estudio fenomenológico fue dar al investigador y al lector una mejor comprensión de la esencia de la experiencia, de modo que cuando el lector del estudio concluya, tenga la sensación de lo que significa para otra persona haber vivido determinada situación. (Alvarez. 2003)

### **III. Estado del arte**

Tomando en cuenta el envejecimiento de la población mundial, la alta incidencia de caídas y el impacto que ha provocado este problema de salud en la sociedad, se han realizado diversas investigaciones sobre el origen de las caídas y las consecuencias que puedan dejar en el adulto mayor.

#### **III.1 Estudios internacionales**

Se realizó un estudio francés “Muerte, depresión, discapacidad y demencia asociadas con problemas de audición” estudio prospectivo que incluyó 3777 participantes mayores de 65 años, en seguimiento durante 25 años, en su inicio 1289 informaron problemas de audición y 2290 sin problema, se aplicaron evaluaciones para diagnóstico de demencia, rendimiento cognitivo, habilidades funcionales y sintomatología depresiva. Se encontró mayor riesgo de demencia y discapacidad en ancianos con problemas de audición, también se asoció con mayor riesgo de depresión en hombres, en los hombres fueron más frecuentes los problemas de audición esto se puede deber por la exposición al ruido y enfermedades microvasculares, en cuanto a la mortalidad el riesgo fue similar entre los grupos. (Amieva et al.,2018)

“Prevalencia del miedo a caer y factores asociados en personas mayores que viven en la comunidad” es un estudio descriptivo transversal realizado en España en 2021, con 189 pacientes mayores de 70 años , donde la variable dependiente; el miedo a caerse fue evaluado con la escala Short FES-I y se consideraron variables independientes como caídas en el último año, lesiones asociadas a las caídas, tiempo desde la última caída, déficit sensorial, uso de dispositivos de la marcha, comorbilidad y tratamiento farmacológico, como resultado se encontró un 42.9% en la prevalencia del MC y los factores asociados fueron el vivir solo, alto riesgo de caídas, fragilidad, uso de hipotensores y lesiones asociadas a caídas previas. (Alcolea et al., 2021)

En 2014 se realizó un estudio “Relación entre la fuerza oclusal y caídas entre los ancianos que viven en la comunidad en japon, un estudio correlativo transversal”

se realizaron evaluaciones físicas de 5 elementos: la fuerza oclusal máxima, fuerza de agarre manual, fuerza máxima de extensores de la rodilla, tiempo de pie con una pierna con los ojos abiertos y balanceo del cuerpo. También se preguntó estado de salud y experiencias de caídas en el último año, se examinaron 159 pacientes con 65 años o más. Se encontró una asociación significativa ( $P < .05$ ) entre el deterioro de las condiciones oclusales y el número de caídas entre ancianos. (Eto y Miyauchi 2018)

En 2019 se realizó en Australia un estudio titulado mejora de la seguridad del paciente mediante la reducción de caídas en hospitales entre ancianos una revisión literaria y un análisis cualitativo donde se identificaron 5 estrategias: educación de paciente, ejercicio del paciente, uso de tecnologías de la información, diagnóstico y tratamiento de condiciones médicas como la visión y el equilibrio, y la mejora del entorno circundante: camas, pisos, barandas y pasillos (Khalifa 2019)

Actualización sobre la prevención de caídas en el anciano es una revisión bibliográfica que se llevó a cabo en Barcelona en 2022, se utilizó el método PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic review and Meta-Analysis) incluyendo estudios realizados en los últimos 5 años, en inglés español o francés, los resultados concluyeron que entre las estrategias de prevención sobresale el ejercicio físico pruebas de fuerza, suplementos nutricionales como calcio y vitamina D, mejorar el equilibrio y la visión además del control de los riesgos ambientales. (Martínez 2022).

### **III.2 Estudios realizados en Latinoamérica**

En 2019 se publicó en Perú un artículo sobre la relación entre el riesgo de caídas y deterioro cognitivo en adultos mayores atendidos en el centro médico naval, estudio observacional analítico retrospectivo el cual analizó una base de datos, de 2010 a 2015, la muestra fue de 1786 adultos mayores, en 446 participantes se encontró deterioro cognitivo y este estuvo asociado a un riesgo tres veces mayor de caídas. 17 (Béjar et al., 2019)

Se llevó a cabo un estudio transversal, descriptivo “Causas y factores asociado a caídas del adulto mayor, realizado en 2015, con 183 adultos mayores atendidos en un consultorio de geriatría de un hospital público en la ciudad de Lima, Perú. Se encontró que entre las causas intrínsecas de caída; el 45.5% presentaron alteración del equilibrio seguido del 27.3% con debilidad muscular y entre las causas extrínsecas, el 36.4% por uso de zapatos inadecuados y 20.5% por caminar en piso resbaladizo. Los participantes indicaron que, dentro de la casa, sufrieron caídas en la sala (25.0%), recámara (22.7%), baño (15.9%), comedor (6.8%), cocina (4.5%), escaleras y patio (2.3%), con respecto a las consecuencias psicológicas más sobresalientes se encuentran el miedo a sufrir una nueva caída (77.3%), depresión y ansiedad (13.6%), respectivamente, en cuanto a consecuencias sociales, predominó el cambio de domicilio (9.1%) (Silva et al., 2019)

Se realizó un estudio Cualitativo en la universidad nacional de Colombia en 2019 “Patrones culturales de cuidado familiar al adulto mayor en condición de discapacidad y pobreza”, fue un estudio cualitativo de análisis de datos secundarios basado en 35 documentos (meta síntesis cualitativa). La selección respondió a criterios como adultos mayores con dependencia total o parcial y su cuidador directo. Los resultados mostraron el sentimiento de tristeza como uno de los más frecuentes del adulto mayor ante la dependencia, sentimiento que empeora ante la idea de depender de otros. “estar así es triste, pero salgo adelante” También es frecuente el sentimiento de agradecimiento por quienes los cuidan, el contar con alguien que los cuide les genera alivio, sienten que sin el apoyo de su cuidador no podrían sobrevivir. “*agradezco que me cuiden porque es triste estar así*” (Palacios et al., 2019)

El Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía propuso un Manual de indicadores de calidad de vida en la vejez, en el cual enfatiza la importancia de la medición de los entornos físicos y sociales, se demostró que el tamaño de red en los hogares unipersonales con personas mayores es menor que en otros hogares; además, las personas que viven solas cuentan con un bajo nivel de distribución de la red, la cual se concentra principalmente en amistades (vecinos, conocidos) y

familiares (cónyuge, hijos, hermanos, nietos, sobrinos) Destaca que las personas solas y las parejas sin hijos sean las que más reciben ayuda de no familiares, lo que permite suponer que las personas que no viven con otros familiares tratan de fortalecer lazos de amistad o apoyo con otras personas. (CELADE. 2006)

### **III.3 Estudios realizados en México.**

Un estudio de casos y controles “factores intrínsecos y extrínsecos asociados con caídas en adultos mayores en México” realizado en un hospital general regional del IMSS en 2015, incluyó 342 pacientes hombre y mujeres mayores de 60 años. Se encontró entre las más enfermedades crónicas más frecuentes; hipertensión arterial (67 %), diabetes mellitus tipo 2 (36 %), gastritis (24 %), dislipidemia (13 %), enfermedad articular degenerativa (11 %). Entre las variables significativas asociadas al riesgo de caer están el deterioro cognitivo, dependencia para realizar actividades instrumentales de la vida diaria y el uso de dispositivos para caminar. Entre los fármacos que fueron referidos con mayor uso fueron el consumo de hipoglucemiantes y anti inflamatorios no esteroideos. (Silva et al., 2019)

Se llevó a cabo un estudio transversal titulado “factores de riesgo para síndrome de caídas en adultos mayores con polifarmacia”, en la unidad de medicina familiar no. 28 de la ciudad de México en 2019, con 264 adultos mayores con polifarmacia, y se determinaron los factores de riesgo asociados a caídas, la mediana de fármacos consumidos fue de 6, dentro de los cuales se encontró el uso de benzodiazepinas, antidepresivos, antipsicóticos, diuréticos, antihipertensivos y AINES, el factor de riesgo asociado a caídas más importante fue el uso de benzodiazepinas utilizadas por el 20.1% de los participantes, seguido por diuréticos usado por el 25.8%. Dentro del total de los participantes 79 presentaron caídas en los últimos 6 meses (29.9%) (Cabrera et al.,2019)

Lozano et al.(2017) publicó el artículo “Dependencia funcional y vulnerabilidad social en adultos mayores en México”, la fuente de datos fue Ensanut 2012, una encuesta con diseño probabilístico estratificado, con una muestra de 6116 adultos mayores, mediante modelos de regresión logística ordinal; se estimó

la asociación entre vulnerabilidad y diversas categorías de dependencia funcional, los factores que se asocian a tener mayor probabilidad de dependencia funcional son la edad avanzada mayores de 70 años, tener multimorbilidad, sin escolaridad, estar insatisfecho con el apoyo y los recursos sociales.

En 2018, se llevó a cabo un estudio cualitativo al noreste de México. “Dejar de ser o hacer: significado de dependencia funcional para el adulto mayor”. El muestreo fue por criterio lógico, los participantes de este estudio fueron 5 adultos mayores, los criterios que se consideraron fue que el adulto mayor tuviera dependencia funcional y autopercepción de dependencia. Los datos se recabaron a través de una entrevista a profundidad semiestructurada. Se encontró que el significado de dependencia funcional es la necesidad de ayuda de otras personas para cubrir sus necesidades, ser dependiente significa un impedimento para realizar sus actividades cotidianas, expresan; “no quiero estar atendido a nada, yo quiero movilizarme yo solo”, la percepción negativa de la dependencia funcional los lleva manifestar sentimientos negativos: “me da mucho coraje que me digan que ya no puedo hacerlo”, lo que conlleva a sentimientos de tristeza, pena, resentimiento y estado de ánimo depresivo. (Duran et al.,2018)

“Caídas múltiples y factores asociados en adultos mayores funcionales” es un estudio transversal, realizado en Tabasco México en 2008 con 526 adultos mayores, la edad media fue de 71.5 años, el 100% tuvieron al menos una caída, 82% fueron de primera vez en los últimos 6 meses y 18% fueron caídas múltiples, se encontró asociación significativa entre caídas múltiples y estado civil no unido, Sugiriendo la existencia del miedo de volver a caer. (Thompson et al., 2019).

Se realizó un estudio descriptivo transversal en 40 adultos mayores operados de fractura de cadera en el Hospital General Universitario en Cuba en 2016 con el objetivo de describir el comportamiento del síndrome post caída. Entre los resultados predominó el sexo femenino (83.3%), pacientes entre 87 a 90 años (25%), estado civil viudo 50%, limitaciones para realizar actividades de la vida diaria (62.5%), predominio de las enfermedades del sistema osteomioarticular (87.5%), alteraciones fisiológicas relacionadas con la edad (70.8%) enfermedades

cardiovasculares (58.3%) entre información esencial sobre la caída, 17 (70,8%) no es la primera vez que se caen, 14 (58,3%) se han vuelto a caer en los últimos seis meses, 19 (79,2%) han cambiado su modo de vida como consecuencia de la caída y 24 tienen miedo de volver a caerse, 13 (54,1%) utilizan medios de soporte. (Dueñas et al., 2020)

#### **IV. Hipótesis**

Las caídas de los adultos mayores son inherentes a su entorno y a la falta de redes de apoyo.

#### **V. Objetivos**

##### **V.1 Objetivo general**

Comprender los motivos por los cuales el adulto mayor sufre caídas en el hogar.

##### **V.2 Objetivos específicos**

Comprender las emociones y experiencias de los adultos mayores que sufren caídas.

Comprender como se siente el adulto mayor ante la incapacidad física y la pérdida de autonomía posterior a sufrir una caída.

#### **VI. Material y métodos**

##### **VI.1 Tipo de investigación**

Enfoque cualitativo basado en el método fenomenológico

##### **VI.2 Población**

Adulto mayor derechohabiente de la UMF 9 que haya sufrido caídas.

### **VI.3 Muestra y tipo de muestreo**

Tamaño de muestra: No se realizó cálculo de la muestra, por el diseño de investigación la muestra se obtuvo hasta llegar a la saturación teórica.

Técnica muestral: No probabilista, por conveniencia.

#### **VI.3.1 Criterios de selección**

**Criterios de inclusión:** Adultos mayores derechohabientes de la UMF 9 que hayan sufrido caídas

**Criterios de exclusión:** Adultos mayores con trastornos del habla o lenguaje que le imposibilite contestar la entrevista

**Criterios de eliminación:** Paciente que por alguna razón abandonen la entrevista

### VI.3.2 Categorías estudiadas

Categoría	Definición	Subcategoría	Instrumento
A. Enfermedad	Alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo por causas en general conocidas, manifestadas por signos y síntomas característicos y cuya evolución es más o menos previsible	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Trastornos urinarios</li> <li>b) Trastornos muculoesqueleticos</li> <li>c) Privación sensorial</li> <li>d) Enfermedad crónico-degenerativa</li> </ul>	Entrevista a profundidad
B. Condiciones ambientales de la vivienda	Condiciones que se dan en una habitación o recinto cerrado y que determinan su idoneidad para ser ocupado por personas durante estancias largas de tiempo sin menoscabo de su salud y con un adecuado nivel de confort	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Escaleras</li> <li>b) Falta de iluminación</li> <li>c)Relieves del piso</li> <li>d)Ambiente físico</li> <li>e) tipo de calzado</li> </ul>	Entrevista a profundidad

C. Redes de apoyo	Conjunto de relaciones que integran a una persona con su entorno social	a) Familia b) Vecinos	Entrevista a profundidad
D. Discapacidad	Restricción o impedimento de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para el ser humano	a) Motriz	Entrevista a profundidad
E. Dependencia	No poder vivir de forma autónoma y necesitar de forma duradera de la ayuda de otros para las actividades de la vida diaria	a) Física	Entrevista a profundidad
F. Sentimientos	Estado de ánimo o disposición emocional hacia una cosa, hecho o persona.	a) Miedo b) Tristeza c) Vergüenza d) Frustración e) Optimismo	Entrevista a profundidad

Cuadro 1. Matriz de categorización.

#### **VI.4 Técnicas e instrumentos**

Se aplicó a los participantes una entrevista a profundidad, instrumento realizado en base a una matriz de categorías. La intención de esta técnica consiste en adentrarse en la vida del otro, detallar en lo trascendente, descifrar y comprender los gustos, miedos, satisfacciones, angustias y alegrías del entrevistado, consiste en construir minuciosamente la experiencia del otro.

#### **VI.5 Procedimientos**

Posterior a la autorización por el comité local de investigación y por el comité de investigación de la Universidad autónoma de Querétaro, se solicitó permiso mediante oficio firmado por el director de tesis, a las autoridades correspondientes para la investigación en la Unidad de Medicina Familiar No.9

Se acudió en horario laboral de la Unidad de Medicina Familiar No.9 de la delegación 23 de Querétaro, turno matutino, vespertino y jornada acumulada se seleccionaron los pacientes de manera intencionada y que cumplieron con los criterios de inclusión y se les invitó a participar en el protocolo de investigación, haciendo una reseña breve del método y la finalidad del estudio.

Contando con la autorización del paciente para participar en la investigación se firmó el consentimiento informado.

Se realizó la recolección de información mediante entrevista a profundidad, en un espacio privado, cómodo y libre de ruidos externos, utilizando grabadora de voz, además de anotaciones del lenguaje no verbal, como la expresión facial, gestos, posición del cuerpo, movimientos y tono de voz, para posteriormente realizar el análisis de los datos.

## **VI.5.1 Análisis de datos**

Posterior a la realización de las entrevistas se transcribieron tal y como se encuentran en el audio obtenido, además de anotaciones sobre el lenguaje corporal para su análisis interpretativo, posteriormente se analizaron las categorías ya hechas y se obtuvieron distintas subcategorías.

### **VI.5.1.1 Codificación y categorización**

El proceso de codificación consiste en identificar aquella información del texto que ilustra una idea temática relacionada con el código. Se puede realizar por línea, por párrafo o por historia. Se asigna a cada código un indicativo propio de la categoría en la que está incluido, en este caso se utilizó un carácter visual identificando los códigos por colores. (Vives y Hamui. 2021)

La categorización es el proceso de asociar los códigos a una determinada categoría. Las categorías tienen un significado referido a situaciones, prácticas, comportamientos, sentimientos o perspectivas sobre un problema. La elaboración del sistema de categorías fue en base al sistema deductivo inductivo donde se partió del marco teórico y posteriormente se extraen las características a partir de los datos del contexto. (Vives y Hamui. 2021)

Existen diversas herramientas informáticas que ayudan a agilizar el análisis de grandes volúmenes de datos textuales, uno de los mas utilizados es ATLAS/ti un programa que facilita la recolección, transcripción y codificación de datos, en la presente investigación estos pasos se realizaron de forma manual.

## **VI.6 Análisis fenomenológico**

### **VI.6.1 Etapa descriptiva**

Tiene como propósito obtener una descripción del fenómeno en estudio, sin prejuicios y lo más completa posible, que refleje la realidad vivida de cada persona su mundo y su situación de forma auténtica. (Martínez, 2014)

En este análisis la fuente es a través de la entrevista para obtener la máxima colaboración y lograr la mayor profundidad en la vida del sujeto, esta entrevista es grabada y se convierte en material escrito para posteriormente tener un rico contenido que permita realizar la observación repetidas veces. (Martínez, 2014).

### **VI.6.2 Etapa estructural**

**Primer paso:** Lectura general de la descripción de cada protocolo

Primero se revisó la descripción de las entrevistas en múltiples ocasiones con la actitud de revivir la realidad de la situación y después con la intención de reflexionar acerca de la situación vivida para comprender lo que sucede. El objetivo de este paso es realizar una visión de conjunto para lograr una idea general del contenido de la entrevista. (Martínez, 2014)

Aquí procuramos estar atentos a los textos como un conjunto y nos cuestionamos qué frase podría englobar el significado esencial del texto como un todo entonces, procuramos expresar ese significado formulando tal frase. (Van Manen, 2003).

**Segundo paso:** Delimitación de las unidades temáticas naturales.

En la aproximación de lectura detallada, analizamos cada frase o cada grupo de estas, luego se pregunta qué es lo que parece revelar cada una de las frases acerca de la naturaleza del hecho y finalmente, elegir unidades temáticas. (Guillen, 2019)

**Tercer paso:** Determinación de un tema central que domina a cada unidad temática. Se divide en dos pasos: primero se eliminan redundancias y repeticiones en cada unidad temática y en segundo lugar se determina el tema central de cada unidad aclarando y elaborando su significado. La expresión del tema central debe realizarse en una frase breve que aun conserve el lenguaje del sujeto. (Martínez, 2014)

**Cuarto paso:** Expresión del tema central en lenguaje científico.

En este paso se reflexiona acerca de los temas centrales que se han reducido a unidades temáticas y se expresa el contenido en un sentido técnico o científico. (Martínez, 2014)

**Quinto paso:** Integración de todos los temas centrales en una estructura particular descriptiva.

Este paso constituye la parte central de la investigación en la que se debe descubrir las estructuras básicas del fenómeno investigado. Dicha estructura constituye la fisonomía individual que permite distinguir al sujeto de todos los demás. Todos los temas centrales de cada unidad temática deben ser integrados en un tema central que identifica al sujeto respecto a la esencia de la experiencia vivida (Martínez, 2014)

**Sexto paso:** Integración de todas las estructuras particulares en una estructura general. En este paso se integra en una sola descripción la riqueza de contenido de todas las estructuras identificadas en las diferentes entrevistas, se determina una fisonomía grupal es decir la estructura fisonómica que caracteriza al grupo estudiado. (Martínez, 2014)

## **VI.7 Consideraciones éticas**

En el presente estudio se contempló la reglamentación ética vigente de acuerdo con la Ley general de salud y declaración de Helsinki y se realizó la investigación bajo los siguientes postulados:

De acuerdo con la declaración de Helsinki se respeta el postulado 6 el cual describe que “el propósito principal de la investigación médica en seres humanos es comprender las causas, evolución y efecto de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas.

El postulado 11 que hace referencia a que “en la investigación médica, es el deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en la investigación” además del postulado 23 el cual cita que “deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de la persona que participa en la investigación y la confidencialidad de su información personal para reducir al mínimo las consecuencias de la investigación sobre su integridad física, mental y social” de acuerdo al postulado 25. “La participación de personas capaces de dar su consentimiento informado en la investigación médica debe ser voluntaria” de manera que las personas que aceptaron participar en esta investigación se les dio a conocer una carta de consentimiento informado en la cual se explica al participante el objetivo de la investigación, los beneficios al participar, además de los posibles riesgos, se explicó el procedimiento a llevar a cabo y que la información proporcionada sería confidencial, utilizada únicamente con fines de investigación, al quedar claros dichos aspectos, el participante firmo de manera voluntaria.

De acuerdo con las disposiciones de la LEY GENERAL DE SALUD se respeta el artículo 13 que dice que “en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar” y de acuerdo con el artículo 16 “En las

investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo solo cuando los resultados lo requieran y este lo autorice” de acuerdo a esta disposición, se identificó a las personas participantes en la investigación por número de folio, no se utilizaron datos de identificación personal, a los sujetos de investigación se les realizó la entrevista en un lugar tranquilo y privado, donde pudieron expresarse libremente con la seguridad de que lo que dijeron será tratado de manera confidencial y por medio de la carta de consentimiento informado se pidió autorización para que la entrevista fuese grabada y utilizada únicamente con fines de investigación.

## VII. Resultados

Se entrevistó a 16 adultos mayores que sufrieron caídas en su domicilio con edad entre 61 a 83 años, de ellos 4 participantes son hombres y 14 mujeres.

### VII.1 Análisis fenomenológico

<b>CAIDAS</b>		
<b>Unidad temática: motivos de caídas</b>	<b>Tema central: Enfermedad</b>	<b>Unidad de análisis</b>
<p>SN1 “Hace un año me detectaron insuficiencia renal y enfermedad de la próstata, estuve una semana internado en el sanatorio San Martín. Ahí me operaron de la próstata y de una piedrita en la vejiga”</p> <p>“Después ya me internaron en el seguro y me operaron para la diálisis”</p> <p>“Antes no dormía bien por la retención de la orina, me levantaba en la noche como 5 o 6 veces al baño, por que andaba muy mal de la vejiga y era una desesperación la que sentía y por no dormir”</p>	<p>Trastornos urinarios</p>	<p>El sujeto tiene varios trastornos urinarios derivados de sus padecimientos crónicos que son la hiperplasia prostática y la enfermedad renal crónica lo que lo hace más vulnerable a sufrir una caída al tener que levantarse varias veces al baño durante la noche.</p>

<p>SN2 “Lo que pasa es que yo orino mucho y como en la noche esta oscuro yo arrimo un bote que está en un banquito, al sentarme se me resbalo el botecito, me caí y me pegué aquí (se toca la cabeza) sentí un golpe en todo el cabeza bien feo, ya no me pude ni parar”</p>	<p>Trastornos urinarios.</p>	<p>Presenta problemas urinarios que la exponen a tener que movilizarse frecuentemente durante la noche, al no tener un baño en su habitación ha adaptado de forma insegura un orinal, lo cual le ha provocado una caída.</p>
<p>SN13 “También como soy diabética me paro muchas veces en la noche al baño y el baño está afuera y ahí me ando cayendo”</p>	<p>Trastornos urinarios.</p>	<p>Derivado de su diabetes presenta una necesidad frecuente de orinar y no cuenta con un baño accesible lo que lo hace salir de la habitación constantemente por la noche exponiéndola a caer.</p>

Entre los sujetos entrevistados que relatan haber sufrido una caída en relación con trastornos urinarios, se puede observar que cursan con padecimientos como hiperplasia prostática, retención urinaria, urgencia urinaria, insuficiencia renal, diabetes, este tipo de enfermedades hacen que el adulto mayor esté propenso a caerse ya que tiene la necesidad de estar acudiendo constantemente al baño, y en ocasiones no cuentan con un ambiente idóneo en su hogar, lo que lo vuelve aún más vulnerable.

*“Antes no dormía bien por la retención de la orina, me levantaba en la noche como 5 o 6 veces al baño, por que andaba muy mal de la vejiga y era una desesperación la que sentía”*

El sujeto expresa como pasó por un estado desesperante ante la necesidad de estar levantándose constantemente al baño durante la noche, problema derivado de su hiperplasia prostática y que además le ocasiono trastornos del sueño.

<b>CAIDAS</b>		
<b>Unidad temática: motivos de caídas</b>	<b>Tema central: Enfermedad</b>	<b>Unidad de análisis</b>
SN2 “Padezco de las rodillas dijeron que gonartrosis”	Trastornos musculoesqueleticos	La pérdida del cartílago articular en las rodillas lo hace susceptible a un evento traumático.
SN3 “Yo padezco artritis reumatoide degenerativa. En la cocina, por lo de la artritis, se me cayó la harina la estaba juntando y me resbale”	Trastornos musculoesqueleticos	Su padecimiento le causa un daño estructural y funcional en las articulaciones, esto no le permite realizar sus actividades de la vida diaria de manera autosuficiente. Ha sufrido una caída al resbalar en su casa mientras se encontraba cocinando.
SN6 “Ya no puedo levantar bien los pies para subir los escalones, me fallan las piernas, ya no	Trastornos musculoesqueleticos	Se describen síntomas compatibles con sarcopenia, esta afección de los músculos se

tengo elasticidad en los músculos”		caracteriza por una perdida progresiva de la masa y de la fuerza muscular.
SN8 Empiezo a tener problemas de las rodillas y me dan dolores”	Trastornos musculoesqueleticos	La pérdida progresiva del cartílago, de la fuerza y la masa muscular limitan la funcionalidad.
SN10 “Yo creo que tengo principios de artritis porque me duelen mis huesos de mis manos, pero apenas me van a mandar a hacer los estudios”	Trastornos musculoesqueleticos	Presenta sintomatología dolorosa en articulaciones lo que lo hace sospechar de una enfermedad y solicitar atención médica.
SN11 “Es que yo no vine luego, me aguanté un tiempo, pero yo ya sentía los síntomas, cuando empecé con la artritis y la osteoporosis casi fueron juntas y seguido me caía, porque ya no podía alzar los pies” “Mis manos ahora están un poco deformes antes estaban más, no podía ni sostenerme de nada	Trastornos musculoesqueleticos	Las modificaciones estructurales de sus extremidades le han ocasionado inestabilidad articular.  El desconocimiento de su enfermedad y el inicio tardío le precipito caídas en repetidas ocasiones.

cuando sentía que me iba a caer, en los pies también tengo deformidad”		
SN13 “Es que ya mis pies ya no tienen fuerza, ya no puedo, al pisar se me dobla el pie”	Trastornos musculoesqueleticos	Se presentan cambios musculares degenerativos que predisponen ampliamente al sujeto a sufrir una caída, este desgaste se da principalmente en músculos anti gravitatorios como son los extensores de la rodilla y panti flexores del tobillo, músculos que interfieren al momento de mantener la posición de pie y en el equilibrio.

Este grupo de personas tuvo características similares en cuanto a su enfermedad, refiriendo presentar trastornos musculoesqueliticos como la gonartrosis, osteoporosis, artritis reumatoide, dolor muscular y articular crónico, sarcopenia entre otros.

*“Ya no puedo levantar bien los pies para subir los escalones, me fallan las piernas, ya no tengo elasticidad en los músculos”*

Los adultos mayores relatan situaciones donde es evidente una pérdida significativa de la fuerza y potencia muscular, estos cambios propios del envejecimiento le impiden desplazarse con seguridad dentro de su propia casa.

*“Yo padezco artritis reumatoide degenerativa. En la cocina, por lo de la artritis, se me cayó la harina la estaba juntando y me resbalé”*

Esta persona a pesar de estar consciente de su enfermedad quiere sentirse autosuficiente y seguir realizando sus labores domésticas, sin embargo, el daño estructural y funcional de sus articulaciones ya no le permiten realizarlas con la misma agilidad y la exponen a sufrir algún accidente mientras se encuentra cocinando.

<p>SN4 “Me falla la vista por las cataratas ya no veo muy bien. Dos veces que me he caído en el patio es por andar tendiendo la ropa, como no veo bien, se me nubla mucho la vista”</p> <p>“Me mareo y pierdo el equilibrio. A veces al caminar no coordino bien y me voy de lado”</p>	<p>Privación sensorial</p>	<p>La pérdida de la visión en los ancianos se debe a la degeneración macular y esta asociada con la edad, entre las causas más comunes están las cataratas disfunción que afecta ampliamente su calidad de vida.</p> <p>Los adultos mayores van perdiendo la capacidad de mantener el equilibrio, estos cambios disminuyen los mecanismos de control, postura y orientación espacial de la persona.</p>
--	----------------------------	---

<p>SN6. “No escucho bien apenas hoy me dieron estos aparatitos para los oídos. Me falla el equilibrio”</p>	<p>Privación sensorial</p>	<p>Las deficiencias auditivas como la hipoacusia, acufenos o taponamiento de los oídos y cambios en los receptores propioceptivos disminuyen la función de todos los mecanismos encargados de mantener el equilibrio.</p>
<p>SN10. “Estoy perdiendo la vista no puedo andar sola veo como humo”</p>	<p>Privación sensorial</p>	<p>Está consciente de que necesita ayuda para caminar ante la pérdida de la visión.</p>
<p>SN16 “Una vez me resbalé por andar acomodando mis pajaritos, les iba a dar de comer y para alcanzar la jaula puse una caja de plástico. Ya no tengo buen equilibrio.</p>	<p>Privación sensorial</p>	<p>El sistema vestibular tiene gran importancia en el para que el cerebro pueda controlar el equilibrio al pararse o caminar, las células del sistema vestibular disminuyen a partir de los 55 años ocasionando que la persona presente mareos y perdida del equilibrio.</p>

Los adultos mayores pueden tener como limitante alteraciones en sus funciones sensoriales, entre las más comunes disminución de la agudeza visual, auditiva y pérdida del equilibrio.

*“Me falla la vista por las cataratas ya no veo muy bien. Dos veces que me he caído en el patio es por andar tendiendo la ropa, como no veo bien, se me nubla mucho la vista”*

En este caso nos damos cuenta de cómo la disminución de la agudeza visual a causa de las cataratas vuelve peligrosa una actividad que ella considera simple como moverse dentro de su domicilio y realizar sus actividades de la vida diaria.

*“Una vez me resbalé por andar acomodando mis pajaritos, les iba a dar de comer y para alcanzar la jaula puse una caja de plástico. Ya no tengo buen equilibrio.”*

Este evento se relaciona con las alteraciones que tiene la persona a nivel propioceptivo y del equilibrio ya que le impide mantener la estabilidad entre su cuerpo y el espacio. Este tipo de alteraciones son algo común y que frecuentemente expone al anciano a sufrir una caída.

SN1 “Hace un año me detectaron insuficiencia renal, me hacen diálisis, ya tenía días que me sentía mareado y me tropecé en los escalones de la casa, ya empezaba yo a sentir los mareos y no quería ir al seguro”	Enfermedad cronicodegenerativa	Tuvo que presentarse una caída, para que el acudiera a atención médica, a pesar de que ya presentaba síntomas hizo caso omiso, tal vez por miedo.
SN6 “Soy hipertenso y diabético. También me dio una parálisis y quede con secuelas en el lado izquierdo del cuerpo, en	Enfermedad cronicodegenerativa	Las enfermedades crónicas y un mal control desencadenan otras complicaciones que pueden dejar secuelas y

la cara, en el brazo, y la pierna”		limitación funcional haciéndolo propenso a caídas.
SN10 “Tengo diabetes y soy hipertensa. Me están tratando de los pies porque me duelen mucho, siento piquetes y como que se me duermen. Yo creo que se me bajo mucho el azúcar. Fue cuando recién me cambiaron el medicamento de la glucosa”	Enfermedad cronicodegenerativa	Se muestran síntomas compatibles con algunas complicaciones de la diabetes como la neuropatía periférica la cual también se asocia a la reducción de la masa y la fuerza muscular.  La mala adaptación al cambio de tratamiento le ha provocado una hipoglucemia.

En los ancianos que presentan enfermedades crónico-degenerativas se ve aumentada la posibilidad de sufrir un evento traumático ya que deben aprender a vivir con ciertas limitaciones, con los cuidados y tratamientos especiales y muchas veces es difícil adaptarse a los cambios y a las complicaciones que puedan derivarse, como en el caso de este paciente que ha sufrido una caída la cual atribuye a un cambio reciente de medicamento al cual no se adaptó adecuadamente.

*“Yo creo que se me bajo mucho el azúcar. Fue cuando recién me cambiaron el medicamento de la glucosa”.*

*“Hace un año me detectaron insuficiencia renal, me hacen diálisis, ya tenía días que me sentía mareado y me tropecé en los escalones de la casa, ya empezaba yo a sentir los mareos y no quería ir al seguro”*

En esta otra entrevista el paciente nos cuenta como desde hace tiempo ya se sentía mal y probablemente por temor no quiso acudir antes a los servicios de salud, hasta el día que tuvo que sufrir una caída a causa de los mareos y de una enfermedad renal crónica que desafortunadamente fue detectada en una etapa en la que ya requería ser tratada con diálisis.

<b>CAIDAS</b>		
<b>Unidad temática: motivos de caídas</b>	<b>Tema central: Condiciones ambientales de la vivienda</b>	<b>Unidad de análisis</b>
SN1 “Me tropecé en los escalones de la casa y me caí como de un metro de altura. Antes vivíamos en otra casa que tenía escalones, ahora vivimos en una que es plano, porque por lo mismo que paso dijo el doctor que no debíamos subir escaleras”	Escaleras	Después de haber sufrido un accidente, toma la decisión de mudarse a una casa más segura.
SN6 “Me caí de la escalera porque me resbale, lo que pasa es que a veces por ejemplo ya no puedo levantar bien los pies para subir los escalones”	Escaleras	La caída ocurrió en un lugar donde los escalones pueden verse representados como obstáculos, en un ambiente donde se requiere cierta habilidad

		física, la cual ya está disminuida en el adulto mayor.
SN7" Fue ahí en mi casa bajando de una escalera en la casa de dos pisos, di un mal paso, pisé mal la orilla del escalón por bajar de prisa"	Escaleras	Debido a la distribución de las habitaciones en la casa debe usar diariamente las escaleras, el andar rápidamente
SN16" Tengo que bajar los escalones para ir al baño y por la diabetes orino mucho"	Escaleras	Constantemente se expone a caer al tener que pasar por un área de riesgo.

La seguridad de los espacios en el que interactúa el adulto mayor en su hogar es un aspecto clave para sufrir o no una caída.

Muchos ancianos pasan solos gran parte del día en el hogar y varios de los entrevistados refirieron tener que subir y bajar escaleras para desplazarse dentro de su casa.

SN7 *"Fue ahí en mi casa bajando de una escalera en la casa de dos pisos, di un mal paso, pisé mal la orilla del escalón por bajar de prisa"*

En este caso el entrevistado probablemente no se percata de que debido a su edad sus capacidades motrices se ven disminuidas y debe poner especial atención y cuidado al pisar y la rapidez con la que intenta desplazarse ya que al tener que hacer uso de escaleras diariamente está en riesgo de caerse de nuevo.

SN2 “Eran como las 5 de la mañana, dejo la luz con un foquito. Yo orino mucho y como en la noche esta oscuro yo arrimo un bote que está en un banquito, al sentarme se me resbaló el botecito, me caí”	Falta de iluminación	La persona trata de usar un método más accesible ante la necesidad de levantarse varias veces al baño, lo cual no se vio favorecido ante una mala iluminación y un orinal inadecuado.
--	----------------------	---

Una mala iluminación en casa y principalmente en el dormitorio es un motivo por el que el adulto mayor puede sufrir un evento traumático, ya que como podemos observar debido a complicaciones de sus enfermedades crónicas algunos tienen la necesidad de levantarse al baño durante la noche, a tomar sus medicamentos o cualquier otro motivo, sin iluminación adecuada, sin un apagador o lampara al alcance de su cama, tienen que desplazarse en la oscuridad por la habitación, pasillos o escaleras, situación que los expone ampliamente a caerse.

SN3 “El piso está muy liso, hay vitropiso en la cocina y en el baño, ahí es donde debo tener más cuidado”	Relieves del piso	Este paciente identifica que en algunas áreas de su casa las condiciones del suelo no son las adecuadas por lo que toma más precauciones.
SN11 “Me he caído en el huerto porque ahí hay piedritas y terroncitos o dejo los botecitos de regar las plantas y luego me tropiezo”	Relieves del piso	Las condiciones del ambiente donde realiza sus actividades no son seguras.

SN14 “En una ocasión en la noche me levante porque llovió y yo había dejado la ropa tendida, traía puestas unas chanclas, el piso estaba mojado y me resbale.”	Relieves del piso	La persona se expuso a una situación de riesgo que combina varios factores como levantarse de prisa, el calzado y el piso resbaladizo.
SN15 “Estaba regando las plantas en la noche y me resbalé, se me rompió el radio, caí sobre mi brazo en el piso de concreto, había unas piedritas de grava suelta”	Relieves del piso	Algunos espacios del hogar donde el adulto mayor suele pasar parte de su tiempo como entretenimiento no cuentan con las condiciones ambientales adecuadas, dejan de aportar beneficios para volverse un lugar de riesgo.

En estas personas podemos identificar que las causas que les han ocasionado un accidente es el estado del suelo donde se desplazan, los pisos resbaladizos, un piso mojado o con relieves inestables como grava o piedras sueltas.

*“Estaba regando las plantas en la noche y me resbalé, se me rompió el radio, caí sobre mi brazo en el piso de concreto, había unas piedritas de grava suelta”*

El sujeto entrevistado no percibió en ese momento el peligro al realizar una actividad que seguramente le sirve de entretenimiento y se vio en una situación que de varias maneras lo expuso a caerse; al estar regando sus plantas de noche, es probable que no hubiese una iluminación adecuada, el suelo estaba mojado y finalmente había piedras sueltas con las cuales resbalo.

SN3 “El piso está muy liso, hay vitropiso en la cocina y en el baño, ahí es donde debo tener más cuidado”

En este caso el sujeto ya ha identificado que en ciertas áreas de su casa el piso es más liso por lo tanto debe tomar precauciones que lo mantengan fuera de peligro.

SN8 “Ahí estaba la lavadora y dejaron el enchufe en el piso, no alcance a ver y pise el enchufe y me caí”	Ambiente físico	Un ambiente desorganizado como objetos en el suelo representan a los factores extrínsecos presentes en el acontecimiento de la caída.
SN6 “Andaba poniendo el foco de la entrada, puse la escalera y se me resbaló. También una vez regando las plantas afuera de la casa y me atoré con la manguera y me caí”	Ambiente físico	Algunas actividades que realizan los adultos mayores sin ayuda o supervisión los exponen a sufrir accidentes.

El ambiente físico que rodea a la persona juega un papel importante en cuanto a su seguridad, ya que muchos de los objetos que se encuentran en casa por insignificante que parezca pueden representar peligro. Por lo que es importante mantener un entorno limpio y organizado sin objetos en el suelo donde el adulto mayor pueda tropezar o resbalar. Como en el caso de este sujeto donde su agudeza visual y su agilidad motriz ya están en decremento y acompañado de un ambiente desorganizado lo llevaron a sufrir una caída.

SN8 “Ahí estaba la lavadora y dejaron el enchufe en el piso, no alcance a ver y pise el enchufe y me caí”

<p>SN7 “Esa vez que me caí por no pise bien por que andaba con sandalias</p>	<p>Tipo de calzado</p>	<p>El uso de un calzado inadecuado le ocasionó una caída. Es importante que los ancianos usen un tipo de calzado que les de una mejor estabilidad al momento de apoyar el pie.</p>
<p>SN9” No me fije bien y esa vez traía las chanclas. por eso hay que usar zapatos cómodos y que no estén altos. Y ya dejé las chanclas allá afuera (se ríe)</p>	<p>Tipo de calzado</p>	<p>Identifica que las sandalias no son un calzado cómodo y opta por cambiar el tipo de calzado por uno que le dé mayor seguridad.</p>
<p>SN11 “A veces se me atoraban así en el filito del piso y en algún lado que chocara mi chancla y hay voy para abajo</p>	<p>Tipo de calzado</p>	<p>El calzado adecuado debe tener puntas firmes para evitar que este se doble al chocar con algún relieve y así proporcionar una estabilidad correcta.</p>
<p>SN13 “También los zapatos tienen que ver, no me digas, más cuando te bañas se te resbalan las chanclas de hule”</p>	<p>Tipo de calzado</p>	<p>Los zapatos abiertos y sin sujeción son más inestables y resbaladizos al contacto con el agua por lo que no son recomendables para bañarse.</p>

SN14 “Fue porque el piso estaba mojado y por las chanclas de plástico, ya mejor las tire a la basura”	Tipo de calzado	La suela de hule en contacto con un piso resbaladizo lo predisponen a caerse
SN15 “Me di el resbalón con la grava que estaba tirada y traía puestas unas sandalias”	Tipo de calzado	Se debe procurar que el calzado sea cerrado y con taloneras para aumentar la amortiguación y evitar que entren objetos dentro del zapato

SN11 *“A veces se me atoraban así en el filito del piso y en algún lado que chocara mi chancla y hay voy para abajo”*

Este sujeto coincide con varios entrevistados en que las veces que presentaron una caída estaban usando sandalias, podemos observar que es un tipo de calzado inseguro ya que tienen suelas blandas, resbaladizas y no tienen un ajuste adecuado al pie de la persona, este tipo de calzado abierto es inestable y poco recomendables para los adultos mayores.

<b>Redes de Apoyo</b>		
<b>Unidad temática: Redes de apoyo</b>	<b>Tema central</b>	<b>Unidad de análisis</b>
SN1 “Vivo con mi esposa, pero seguido van mis hijos a visitarme, no están lejos. Mi hijo también ayuda, fueron a tomar sus clases al seguro para hacerme mis diálisis”	Familia	Se observa el apoyo, interés y disposición de sus familiares al estar al pendiente de sus enfermedades, la familia se hace presente como un factor protector.
SN2 “Vivo solo con mi hijo el mayor, él trabaja y se va como a las 12 y llega hasta las 9 de la noche y descansa los domingos que es cuando está conmigo”	Familia	Algunas veces el adulto mayor se ve en la necesidad de enfrentarse solo a realizar actividades del hogar, independientemente de los riesgos, ya que están solos gran parte del día.
SN4 “Vivo con mi esposo, nada más somos los que estamos ahí en la casa. La casa es prestada, es de un hermano.”	Familia	Esta familia vive en pareja, reciben apoyo por parte de su hermano quien les presta su casa.
SN7 “Vivo con mi esposa, ella es la que me ayuda en mi cuidado, pero no tengo más apoyo, vivimos de mi pensión”	Familia	En este caso se observa como la persona cuenta con pocas redes de apoyo, su esposa es la única que le ayuda en su cuidado y el sustento económico del hogar es dado por su pensión.

SN8 “Vivo con mi esposa, el hijo menor vive con nosotros y con su niño, ahora sí que somos nosotros los que le ayudamos a él a cuidarlo”	Familia	El adulto mayor vive con su esposa e hijo que, aunque seguramente les provee apoyo económico se observa que hay una inversión de roles ya que ahora ellos se convierten en cuidadores.
--	---------	--

En cuanto al papel que desempeñan las redes de apoyo en la calidad de vida del adulto mayor podemos notar que la mayoría de los entrevistados cuentan con la red primaria que incluye familia, amigos o vecinos, pero aunque están presentes no siempre cubren o satisfacen todas las necesidades de los ancianos por lo tanto no se garantiza su seguridad, como en este caso donde la persona nos relata como pasa solo en casa gran parte del día, por lo que se enfrenta a realizar por sí solo actividades que puedan resultar peligrosas y ocasionarle una caída.

SN2 *“Vivo solo con mi hijo el mayor, él trabaja y se va como a las 12 y llega hasta las 9 de la noche y descansa los domingos que es cuando está conmigo”*

En otra entrevista nos percatamos como la familia interviene como factor protector, pues a pesar de que el sujeto vive con su esposa, sus hijos están pendiente de sus necesidades, lo visitan constantemente y están en disposición de capacitarse para ayudar en el tratamiento y cuidados de su padre.

SN1 *“Vivo con mi esposa, pero seguido van mis hijos a visitarme, no están lejos. Mi hijo también ayuda, fueron a tomar sus clases al seguro para hacerme mis diálisis”*

<p>SN3 “Los que me ayudan son mis dos amigos, son esposos, ellos ven por mí, me ayudan, me llevan y me traen, son personas muy nobles, “de esos ángeles que se aparecen para ayudar nada más porque sí”, me ayudan sin condición”</p>	<p>Vecinos</p>	<p>Las relaciones de esta persona con sus vecinos y ahora amigos le permiten mejorar su bienestar ya que ellos le brindan apoyo material, instrumental y emocional ayudándola a afrontar sus dificultades.</p>
<p>SN5 “Como mi hija vive en México y los vecinos nos ayudan de vez en cuando”</p>	<p>Vecinos</p>	<p>En ausencia de otro tipo de recursos o por la lejanía de la familia algunos ancianos se adaptan y afrontan sus necesidades mediante la ayuda de vecinos</p>
<p>SN9 “También tengo a mis amigos, una vecina que vive a un lado”</p>	<p>Vecinos</p>	<p>Los lazos de amistad son una importante fuente de apoyo ante una situación de abandono, aislamiento o enfermedad.</p>
<p>SN14 “A veces me acompaña una señora vecina”</p>	<p>Vecinos</p>	<p>Los adultos mayores crean vínculos de amistad con sus vecinos, volviéndose un recurso importante en su vida diaria.</p>

Algunos adultos mayores no cuentan con la red de apoyo familiar o se encuentran lejos de sus familiares, afortunadamente cuentan con amigos o vecinos que les ayudan en algunas actividades y les hacen compañía.

SN3 *“Los que me ayudan son mis dos amigos, son esposos, ellos ven por mí, me ayudan, me llevan y me traen, son personas muy nobles, de esos ángeles que se aparecen para ayudar nada más porque sí, me ayudan sin condición”*.

En este sujeto el apoyo social obtenido de sus relaciones interpersonales le brinda ayuda para realizar sus actividades de la vida diaria, la acompañan a sus consultas, están al pendiente de su enfermedad y tratamiento, además del apoyo instrumental, le dan un soporte emocional que le proveen de cariño y afecto.

<b>Discapacidad</b>		
<b>Unidad temática: Discapacidad</b>	<b>Tema central</b>	<b>Unidad de análisis</b>
SN3 “De la caída más fuerte que fue la del baño, me mandaron a hacer una radiografía y salió una fractura en la columna lumbar, tengo mi cita con el traumatólogo para que decidan si me pueden operar. Por eso es por lo que ando en silla de ruedas por que el dolor de la espalda y la cintura es muy fuerte y no puedo caminar bien”	Discapacidad motriz	El paciente está pasando por una crisis de incertidumbre en espera de ser atendido. Se está enfrentando a algo desconocido a tener que utilizar una silla de ruedas.

SN4 “Me fracture la rótula, un tiempo use silla de ruedas, pero el dolor a veces me sigue y ya me quedé usando bastón”	Discapacidad motriz	Presenta un dolor crónico que le impide realizar sus actividades y deambular correctamente.
SN5 “Ya no puedo caminar muy bien, ahora uso el bastón”	Discapacidad motriz	A consecuencia de una caída esta persona debe usar un dispositivo que le ayude con su movilización y le de soporte y seguridad.
SN7 “Ya no aguanto caminar trayectos largos y a veces para andar en la casa me apoyo de la andadera. Con cualquier desviación en el piso ya no puedo andar bien o no puedo poner la andadera”	Discapacidad motriz	Tras haber sufrido una caída esta persona queda con una limitación de sus capacidades motrices, ahora debe apoyarse de una andadera. El uso de dispositivos para la movilización mas un piso inadecuado exponen al paciente a sufrir una nueva caída.
SN12 “No volví a caminar bien, a veces tengo que usar la silla de ruedas y en la casa la andadera”	Discapacidad motriz	Posterior a su accidente presenta una discapacidad que le impide sostenerse y caminar correctamente.

Las personas que viven con una discapacidad motriz ya sea a causa de una caída o alguna otra condición utilizan ciertos dispositivos para su movilización los cuales a veces no son los adecuados o no se adaptan a las condiciones de su vivienda, lo que los hace propensos a sufrir un accidente.

SN7 *“Con cualquier desviación en el piso ya no puedo andar bien o no puedo poner la andadera”*

La pérdida parcial o total de las capacidades físicas dejan al anciano en un estado vulnerable y de incertidumbre al enfrentarse a algo desconocido que lo hacen sentirse inseguro incluso en su propia casa.

<b>Dependencia</b>		
<b>Unidad temática: Dependencia</b>	<b>Tema central</b>	<b>Unidad de análisis</b>
SN1 “En la bicicleta ya no puedo andar, “bueno de hecho si puedo, pero ya no me dejan” (voltea a ver al su familiar y ríe)	Dependencia física	La familia de esta persona reconoce que el andar en bicicleta representa un peligro por la caída que ha sufrido por lo que le evitan esta actividad para protegerlo.
SN2 “De caminar si puedo, pero no como yo quisiera. En la casa yo puedo hacer mis cosas, al pasito pero todavía puedo”	Dependencia física	A pesar de las limitaciones que presenta no quiere sentirse una persona totalmente dependiente por lo que sigue realizando su trabajo, aunque ahora a un ritmo mas lento.
SN3 “En la casa dependo de la andadera, es mi	Dependencia física	Debido a las secuelas motoras que presenta a

<p>forma de protegerme, no puedo andar sola. Mis amigos pasan gran parte del día conmigo, dependo mucho de ellos para sentirme bien”</p>		<p>raíz de su caída ahora depende de una andadera para poder movilizarse.</p>
<p>SN7 “Me siento un poco inútil a la vez y también incomodo porque ya no realizo mis actividades como yo quisiera, no puedo apoyar a mi mujer”</p>	<p>Dependencia física</p>	<p>Su dependencia física le genera incomodidad por no poder aportar más a su familia, lo que lo hace tener una percepción negativa de sí mismo.</p>
<p>SN10 “¡Hay pues imagínese (agita la cabeza a los lados) desesperada! ya no puedo hacer mis cosas como antes, yo antes me venía solita al seguro”</p>	<p>Dependencia física</p>	<p>Ser dependiente representa un cambio radical, tener que modificar su rutina y ritmo de vida.</p>
<p>SN13 ““Verá uno de grande es muy necio, quiere ser como de 15 años, ya cuando... te tropiezas y allá vas a dar”. Mi hija me regaña porque dice que soy una exagerada, pero a mi todavía me gusta hacer mis cosas, le digo a mi hija: no te fastidies”</p>	<p>Dependencia física</p>	<p>Se rehúsa a aceptar su vulnerabilidad. Ser dependiente significaría un impedimento para realizar sus actividades del hogar.</p>

En este grupo de entrevistados presentan cierto grado de dependencia física a consecuencia de una caída y necesitan ayuda de otra persona, nos damos cuenta de que les genera incomodidad depender de alguien mas para movilizarse, realizar sus actividades, hacerse cargo de su cuidado personal y el no poder ayudar a sus familias con las tareas del hogar.

SN7 *“Me siento un poco inútil a la vez y también incomodo porque ya no realizo mis actividades como yo quisiera, no puedo apoyar a mi mujer”*

El adulto mayor no quiere sentirse como una carga para su familia o expresar lastima, hay a quienes les cuesta más trabajo adaptarse a depender de cierta manera de otra persona, a recibir ayuda y se rehúsan a hacer modificaciones en su estilo y ritmo de vida.

SN13 *“Verá uno de grande es muy necio, quiere ser como de 15 años, ya cuando... te tropiezas y allá vas a dar”. Mi hija me regaña porque dice que soy una exagerada, pero a mí todavía me gusta hacer mis cosas.*

<b>Sentimientos</b>		
<b>Unidad temática:</b> <b>Sentimientos</b>	<b>Tema central</b>	<b>Unidad de análisis</b>
SN2 “En ese momento yo me espante mucho, sentí un relampagazo muy fuerte, yo le pedí mucho a Dios que no me pasara nada.”	Miedo	El sujeto pasa por una experiencia donde se vio vulnerable y sin ayuda lo que sin duda le provocó temor y recurrió a un acto de fe para sentirse con fuerza y valentía.
SN10 “Me está afectando por las cataratas, tengo miedo de que me vaya a caer de nuevo”	Miedo	La disminución de la agudeza visual le provoca miedo a sufrir nuevas caídas.

SN11” Desde ese día me asuste y ya no salgo a la calle, no me tocaba”	Miedo	Las personas que experimentan una caída pueden desarrollar temor a caerse, acompañado de alteraciones psicológicas evitando la actividad física lo que reduce su autosuficiencia.
---	-------	---

Se encontró que en los ancianos que han sufrido caídas existe el miedo a caerse nuevamente lo que puede considerarse como respuesta de protección ante las situaciones que representan un peligro para sufrir un accidente, por lo tanto, evitan ese tipo de actividades o exponerse a circunstancias de riesgo.

SN11 *“Desde ese día me asuste y ya no salgo a la calle, no me tocaba”*

Sin embargo, se observa que el temor a caerse también tiene consecuencias negativas que afectan su autonomía, ya que el sujeto se aísla y pierde la confianza en si mismo para realizar sus actividades lo que lo llevara más pronto al deterioro de su funcionalidad física y afecta su salud emocional.

<b>Unidad temática:</b> <b>Sentimientos</b>	<b>Tema central</b>	<b>Unidad de análisis</b>
SN1 “Es triste porque cuando esta se está malo ya de todo uno se quiere caer” (agacha la cabeza)	Tristeza	La persona reacciona ante su enfermedad con un sentimiento de desilusión y tristeza, que a partir de esto se ha vuelto mas propenso a caerse.
SN4 “poco a poco uno va perdiendo las	Tristeza	Expresa sufrimiento al saber que su familia debe

<p>capacidades a lo que uno estaba acostumbrado, a lo que uno tenía y eso me da mucha tristeza” (llora)  “Es triste porque mi esposo ya no puede salir ni a trabajar porque ahora ya para todo dependo de él yo que era tan movida y ahora ocupo mucha ayuda”</p>		<p>dejar de hacer sus actividades para ocuparse de su cuidado.</p>
<p>SN12 “Me pongo a llorar de tristeza (se le humedecen los ojos) que no puedo hacer mis cosas y que tengan que estar pendiente de mi” (se agudiza su voz y se entrecortan sus palabras)</p>	<p>Tristeza</p>	<p>Tiene una mala percepción de vivir con cierta dependencia de los demás, lo que se ve expresado con sentimientos de negativos como la tristeza.</p>
<p>SN16 “Si me puse a llorar, me sentí como que ya no iba a poder hacer nada”</p>	<p>Tristeza</p>	<p>La incertidumbre y miedo que sintió al pensar que sería una persona totalmente dependiente le genero sentimientos de tristeza</p>

La tristeza es un sentimiento que experimenta el anciano frente a las negativas que ahora se le presentan tras ser víctima de una caída, la pérdida de la autonomía es para ellos una experiencia difícil que se acompaña de dolor y desesperanza y no todos se adaptan o afrontan de la misma forma ante este proceso de duelo.

SN12 *“Me pongo a llorar de tristeza, que no puedo hacer mis cosas y que tengan que estar al pendiente de mi”*

El adulto mayor se da cuenta como no es el único que está sufriendo con su condición, también son evidentes las modificaciones que se hacen en la dinámica y los roles familiares para estar al pendiente de sus cuidados y proveerle de ayuda, esto le genera tristeza tanto por el, como por su familia.

SN4 *“Es triste porque mi esposo ya no puede salir ni a trabajar porque ahora ya para todo dependo de él yo que era tan movida y ahora ocupo mucha ayuda”*

<b>Unidad temática: Sentimientos</b>	<b>Tema central</b>	<b>Unidad de análisis</b>
SN 7 “Me dijeron que tengo que usar bastón, pero yo soy muy orgullosa”, me tienen hasta una sillita de ruedas para sacarme, les digo están locos, yo puedo caminar y hacer mis cosas”	Vergüenza	Manifiesta la preocupación de ver alterada la integridad de su ego, de lo que vayan a pensar otras personas de su apariencia, por lo que se resiste a usar los instrumentos de apoyo para moverse.
SN9 “Luego se siente uno inútil porque siempre he sido muy trabajadora, pero a veces ya no puedo sola y no quiero andar dando molestias a los hijos”	Vergüenza	Al decir que siempre ha sido una persona trabajadora trata de justificarse, sabe de sus limitaciones, pero no quiere demostrarlas, su autopercepción de inutilidad la avergüenza frente a su familia.

SN11 “Me sentía rara o no sé cómo explicarle, me daba pena decirles que me ayudaran, es como si se metieran en tu intimidad”	Vergüenza	Este sujeto manifiesta pena al ver la ayuda de sus cuidadores como una invasión a su espacio personal y su intimidad.
SN12 “Aunque luego si me da pena porque como no quieren que salga en la noche al baño porque me caigo, me dejan un botecito en el cuarto”	Vergüenza	El anciano expresa un sentimiento de vergüenza por la forma en que su familia ha adaptado un medio mas accesible para que pueda orinar en su cuarto sin salir y exponerse.
SN13 “No quiero que digan ya estas tullida” y pidiendo esto aquí, pidiendo esto allá, no me gusta ser tan rajona y chillona”	Vergüenza	Muestra un prejuicio despectivo de la edad avanzada. No quiere ser vista como incapaz ni mostrar debilidad.

SN11 *“Me sentía rara o no sé cómo explicarle, me daba pena decirles que me ayudaran, es como si se metieran en tu intimidad”*

Esta persona tiene dificultad incluso para aceptar que tiene un sentimiento de vergüenza al no saber cómo explicarlo, su condición posterior a una caída la ha dejado en un estado de vulnerabilidad que le genera incomodidad el tener que pedir ayuda pues siente que invaden su espacio y su intimidad.

En el caso de esta otra persona entrevistada también le ocasiona un golpe a su autoestima el hecho de salir en público con un bastón o silla de ruedas le genera incomodidad pues refiere aun sentirse autosuficiente.

SN 7 “Me dijeron que tengo que usar bastón, pero yo soy muy orgullosa”, me tienen hasta una sillita de ruedas para sacarme, les digo están locos, yo puedo caminar y hacer mis cosas”

<b>Unidad temática:</b> <b>Sentimientos</b>	<b>Tema central</b>	<b>Unidad de análisis</b>
SN3 “Es una frustración muy grande, a veces depresión por tantas caídas y que no logro yo sostenerme, también mucho enojo, no poder estar bien. (Se agacha y llora)	Frustración	Su condición limitante le hace sentir resentimiento por la vida expresada en frustración, enojo y un ánimo depresivo.
SN5 “Pues vera; se siente uno frustrado por que no puede uno hacer muchas cosas que antes podía hacer”	Frustración	Se observa a la persona desmotivada frente a la vida y sus ideales por el hecho de no tener las mismas habilidades antes de la secuela de una caída.
SN7 “Me siento un poco inútil a la vez y también incomodo porque ya no realizo mis actividades como yo quisiera, no puedo apoyar a mi mujer en trabajos que tenemos en la casa, no puedo ya hacer ningún trabajo pesado”	Frustración	A consecuencia de su caída este paciente no puede desempeñar sus roles familiares de una forma adecuada ni aportar al hogar como él quisiera, lo que le causa incomodidad frente a su esposa al no poder apoyarla.

SN12 “Me siento desesperada... decepcionada (agacha la cabeza) , “le pido a Dios que me de fuerza y que más que nada me de paciencia”	Frustración	Parece verse decepcionada de sí misma y recurre a un acto espiritual que le de ánimo y esperanza para sobrellevar con calma la situación
---	-------------	--

SN3 *“Es una frustración muy grande, a veces depresión por tantas caídas y que no logro yo sostenerme, también mucho enojo de no poder estar bien”*

Expresa un sentimiento de frustración generado por las malas experiencias que han sufrido producto de una caída y las consecuencias de estas, la desesperanza de dejar atrás las cosas que estaba acostumbrado a realizar por sí mismos le genera también cierto resentimiento con la vida que ya no pueden disfrutar plenamente.

SN12 *“Me siento desesperada... decepcionada, le pido a Dios que me de fuerza y que más que nada me de paciencia”*

El anciano llega a caer en un estado de desesperación donde ve frustradas todas sus expectativas en la vida sintiéndose decepcionado de sí mismo.

<b>Unidad temática:</b> <b>Sentimientos</b>	<b>Tema central</b>	<b>Unidad de análisis</b>
SN10 “Yo me caigo y lo normal, si me puedo levantar me levanto y si no me ayudan y como si nada. (lo expresa de manera entusiasta)	Optimismo	Estas personas se muestran optimistas o hasta un tanto indiferentes a lo ocurrido ya que no han sido caídas graves, sin embargo, pareciera que están

		normalizando el hecho de caerse, como si se tratara de algo que les ocurre con regularidad.
SN12 “Pero digo cómo es posible que uno se ponga a renegar, yo he visto muchas cosas y hay personas peores que uno... Me siento agradecida por qué digo, estoy sana al lado de esa persona... siempre hay esperanza en este mundo”	Optimismo	Se compara con otras personas y se da cuenta de que, aunque está pasando por un momento difícil, considera que tiene un buen estado de salud, lo que le da fuerza a sí misma para sobrellevar la situación.
SN15 “Me dijeron que me iban a operar y les dije no es para tanto, me dolía lo normal”	Optimismo	El sujeto trata de mostrarse optimista ante su enfermedad, no considera que su dolor sea tan grave como para requerir un tratamiento quirúrgico o tal vez sea temor al enfrentar la situación.

En este apartado se encontró un hecho preocupante ya que al parecer algunos adultos mayores sufren de caídas recurrentes, pero lo toman con una actitud indiferente y hasta un tanto positiva al referir que se trata de caídas leves y que no les han ocasionado ningún daño. Al referir este suceso como algo cotidiano y normal, nos damos cuenta de la importancia de identificar con urgencia los motivos que están desencadenando estas caídas que tarde o temprano tendrán un desenlace perjudicial.

Por último, se encontró que a pesar de todos los sentimientos negativos que presenta el adulto mayor ante la experiencia de una caída, hay quienes aún tienen esperanza y muestran una actitud positiva. Pues a pesar de que ellos y sus familias han tenido que pasar por diversos cambios físicos y emocionales y un proceso de adaptación que no ha sido fácil, se sienten agradecidos o de cierta manera reconfortados al ver que hay personas en peores situaciones que ellos, por lo tanto, creen que no deberían tener ningún tipo de resentimiento con la vida y mostrarse optimistas.

## VIII. Discusión

En la presente investigación se consideró conocer cuáles son los motivos por los que el adulto mayor sufre caídas en el hogar, en los resultados encontrados en este trabajo hay dos grandes grupos que desencadenan este fenómeno, factores intrínsecos y extrínsecos, en los intrínsecos se observó que la mayoría de los entrevistados presentan una patología de base, como los trastornos musculoesqueléticos, entre ellos, la gonartrosis, artritis reumatoide, artrosis, osteoporosis, sarcopenia, dinapenia. Estos resultados coinciden con lo obtenido por Anders Et al quien estudió el impacto del riesgo de caídas en adultos mayores con fragilidad que viven de manera independiente, donde hubo alta incidencia de caídas en pacientes con trastornos crónicos, síntomas de fragilidad, como la disminución la marcha, declive funcional, sarcopenia, además de eventos de caída previos.

Los resultados de este estudio muestran como motivo de caída enfermedades de predominio articular coincidiendo con Vázquez et al que estudiaron los trastornos podiatricos de tipo osteoarticular en relación con la funcionalidad y el riesgo de caídas, 99% de los pacientes presento al menos una patología en los pies, encontrando relación con diversas comorbilidades, 78% presento enfermedad articular, 43% diabetes mellitus, 69% hipertensión arterial y 2% artritis reumatoide.

En cuanto a los trastornos urinarios que se manifestaron en este grupo de estudio se encontraron enfermedades asociadas como hiperplasia prostática, insuficiencia renal, vejiga hiperactiva con síntomas como la nocturia y la urgencia urinaria esto se relaciona con un mayor riesgo de caídas debido a que despiertan constantemente durante la noche por la necesidad recurrente de ir al baño. Gibson et al en 2021 encontraron relación entre caídas y personas mayores que padecen vejiga hiperactiva, la urgencia urinaria actúa como una fuente de atención dividida o distracción, ocasionando cambios en la marcha, una disminución en la velocidad de la marcha y longitud de los pasos.

Las caídas asociadas a privación sensorial también fueron otro hallazgo durante las entrevistas realizadas, los adultos mayores relacionan sus caídas a una disminución de la agudeza visual, principalmente en aquellos que padecen diabetes, se encontraron pacientes con deficiencias auditivas, además de problemas para mantener el equilibrio, orientación y postura a la hora de caminar o realizar sus actividades. Esto coincide con lo señalado por Hoyos et al 2018 quienes hablan sobre el impacto que tienen las deficiencias sensoriales en el estado funcional del anciano, como son menor actividad social y mayor morbimortalidad, también menciona que las deficiencias auditivas que afectan a un 80% de la población mayor de 85 años se asocian a deterioro cognitivo, aislamiento social y mayor riesgo de caídas.

Por otra parte, en esta investigación se pudo observar la gran cantidad de factores extrínsecos que pueden ser motivo de caída para el anciano mientras se encuentra en su hogar, fue común encontrar que en las viviendas de estas personas hay escaleras, desniveles en el suelo, pisos mojados o resbaladizos, relieves irregulares en sus patios, además de una mala organización en la vivienda donde en ocasiones hay objetos en el suelo, muebles o cualquier otro objeto que les impiden una movilización adecuada, esto concuerda con Silva et al que en 2019 realizaron un estudio sobre causas asociadas a caídas donde destacó el 36.4% por uso de zapatos inadecuados y 20.5% por caminar en piso resbaladizo, dentro de la casa, sufrieron caídas en la sala (25.0%), recámara (22.7%), baño (15.9%), comedor (6.8%), cocina (4.5%), escaleras y patio (2.3%). Además, hubo entre las personas entrevistadas en este trabajo quienes refirieron no contar con una iluminación adecuada en su casas y la necesidad de desplazarse en ocasiones de una habitación a otra en la oscuridad, Hernández et al 2020 mencionan que en la mayoría de los casos se da este suceso por una mala adaptación al entorno donde se vive, las caídas suceden en espacios cerrados con una mala iluminación, recamaras con interruptores distantes de las puertas, barreas arquitectónicas y falta de barras de apoyo.

Durante la realización de este estudio se pudo observar la importancia de las redes de apoyo con las que cuenta el adulto mayor, todos los entrevistados cuentan con apoyo ya sea de familiares en la mayoría de los casos o bien por parte de vecinos y amigos, esto da una mayor seguridad a la hora de realizar sus actividades ya que cuentan con ayuda física además de apoyo emocional, lo que podemos considerar como un factor protector ante las caídas. De la Cuesta et al 2021 muestran como las relaciones de parentesco y de los cuidados de la familia actúan como medio de prevención de las caídas de los adultos mayores, a través de una compleja red de relaciones de parentesco y de cuidados, la coerción; que intenta controlar las actividades del adulto mayor, el paternalismo a través de la sobreprotección y la negociación que reconoce la autonomía del paciente.

La discapacidad motriz y como consecuencia la dependencia física fueron variables identificadas durante las entrevistas, los adultos mayores que sufren alguna discapacidad física han expresado tener dificultades para movilizarse y para adaptarse al uso de algunos dispositivos como bastón, andadera o silla de ruedas, estos artefactos, la inseguridad de la persona, el grado de discapacidad y dependencia se relacionan con eventos de caídas. Manrique et al estimaron la asociación entre dependencia funcional y caídas, encontraron que la prevalencia de la dependencia funcional aumenta con la edad, 52% en mayores de 90 años, la actividad básica donde presentan mayor dificultad es caminar y en mujeres hubo un incremento en el número de caídas y la dependencia funcional. También identificaron que las caídas son uno de los principales motivos de limitación de la actividad física, ocasionan fracturas y lesiones que afectan de manera importante el funcionamiento y movilización de la persona esta limitación es a su vez causa de nuevas caídas.

Por ultimo en el presente trabajo de investigación se buscó adentrarse y comprender las emociones y experiencias de los adultos mayores que sufren caídas en el hogar, en los resultados encontrados se observó que las caídas tienen un impacto emocional en las personas que han pasado por dicha situación y que han quedado con cierto grado de discapacidad y dependencia, se identificaron síntomas

depresivos que generalmente se dan por estrés emocional y sentimientos negativos como el miedo, la tristeza, vergüenza y frustración. Se ha determinado que existe una asociación entre el síndrome de caídas y los síntomas depresivos, Casahuaman et al 2019 aplicaron la escala de Yesavage en adultos mayores con antecedente de caídas en los últimos 12 meses, los pacientes con una escala de 3 puntos o más fueron un 48.48% del total de quienes presentaron caídas, además de un auto reporte positivo a sintomatología depresiva en 45.82% de los participantes con caídas. El estudio arrojó que en los adultos mayores con sintomatología depresiva aumenta 1.62 veces la posibilidad de caer.

## **IX. Conclusiones**

Se llega a la conclusión de que las enfermedades degenerativas y los cambios fisiológicos propios del envejecimiento son los principales desencadenantes de accidentes, ya que con la edad avanzada se presenta un decremento de las capacidades principalmente física y propioceptiva.

Se encontró también como motivo de caída de una mala adaptación a las condiciones ambientales de la vivienda y el entorno que los rodea.

El método empleado en esta investigación permitió tener un acercamiento con los adultos mayores, donde se expresaron de manera subjetiva, al escuchar y analizar sus vivencias se logró una mayor comprensión de las emociones que experimentaron después de sufrir el fenómeno de una caída.

También se pudo observar de qué forma influye en la vida cotidiana del anciano su vínculo con la familia, amigos, vecinos, estas relaciones interpersonales se vieron reflejadas en el bienestar físico y emocional de las personas que tras una caída deben pasar por el duelo de la pérdida de su autonomía, enfrentándose a nuevos retos, superando el miedo a caer y adaptarse a un estilo de vida diferente al que estaban acostumbrados, este proceso desencadena una serie de sentimientos tanto positivos como negativos donde las redes de apoyo del anciano juegan un papel crucial para afrontar la situación y evitar llegar a la depresión.

Los hallazgos de esta investigación son aplicables a la práctica de la medicina, nos abre un panorama más amplio de posibles causas por las que los ancianos están presentando caídas recurrentes, no tratar solo la enfermedad de base, también tratar de involucrarnos un poco más con el entorno de la persona, su familia, sus redes de apoyo, la percepción que tiene sobre los cambios en sus capacidades y su autonomía después de sufrir una caída y que sentimientos le está generando este suceso, para si como médico familiar darle un manejo integral a nuestro paciente.

## **X. Propuestas**

Con base en los hallazgos de esta investigación se realizan algunas recomendaciones para los adultos mayores, sus familias y cuidadores, además el personal de salud que trata con pacientes geriátricos que son propensos a sufrir una caída o ya la han presentado.

- Realizar sesiones educativas en las salas de espera donde los adultos mayores y sus familiares podrán aprender estrategias de prevención y cuidado de la salud, esto con el apoyo de trabajo social, médicos residentes y médicos pasantes.
- Hacer difusión con material gráfico en las salas de espera para lograr mayor integración por parte de los adultos mayores a los programas de promoción a la salud ya existentes como envejecimiento activo y pasos por la salud.
- Fortalecer en los médicos familiares y de rehabilitación la derivación oportuna de los adultos mayores a programas de ejercicio físico para mejorar la resistencia muscular, coordinación y equilibrio, con la finalidad de retrasar los cambios degenerativos y disminuir el riesgo de caídas.
- Implementar con los familiares y cuidadores de adultos mayores con antecedente de caídas un programa de valoración de seguridad en el hogar.
- Crear estrategias en conjunto con trabajo social y promotores de salud para implementar actividades recreativas para el adulto mayor con la finalidad de fomentar sus relaciones interpersonales e integración social.

## XI. Bibliografía

- Alcolea, N., Alcolea, S., Paredes, F., Lagos, M., Espejo, M., Pérez, M. (2021). Prevalencia del miedo a caer y factores asociados en personas mayores que viven en la comunidad. *Atención primaria*, 53(2). <https://doi.org/10.1016%2Fj.aprim.2020.11.003>
- Alvarado, A., & Salazar, A. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*, 25(2), 57-62. <https://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2014000200002>
- Alvarez, Luis. (2003). *Como hacer investigación cualitativa. Fundamentos y metodología*. 1era edición. Editorial: Paidós. México.
- Amieva, H., Ouvrard, C., Meillon, C., Rullier, L., Francois, J. (2028) Death, Depression, Disability, and Dementia Associated With Self-reported Hearing Problems: A 25-Year Study, *The Journals of Gerontology: Volume 73, Issue 10, Pages 1383 1389*, <https://doi.org/10.1093/gerona/glx250>
- Aued, M. (2020). Autonomy and dignity of older adults in Chile. *Revista médica de Chile*, 148(12), 1861-1862. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872020001201861>
- Béjar, C., Colmenares, R., Fernando M., & Parodi, J. (2019). Relación entre el riesgo de caídas y deterioro cognitivo en adultos mayores atendidos en el Centro Médico Naval "Cirujano Mayor Santiago Távora" 2010-2015\*. *Acta Médica Peruana*, 36(2), 110-115. [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1728-59172019000200006&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172019000200006&lng=es&tlng=es).

Cabrera, O., Roy, I., & Toriz, A. (2019) Factores de riesgo para síndrome de caídas en adultos mayores con polifarmacia. *Atención familiar*, 27 (1). 27-31.

[http://www.revistas.unam.mx/index.php/atencion\\_familiar/article/view/72280](http://www.revistas.unam.mx/index.php/atencion_familiar/article/view/72280)

CELADE (2006). *Manual sobre indicadores de calidad de vida en la vejez*. Centro Latinoamericano y Caribeño de demografía. <http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/3539/1/LCw113.pdf>

CONAPO (2019). Proyecciones de la población de México y de las entidades federativas, 2026-2050. [http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Cuadernillos/33\\_Republica\\_Mexicana/33\\_RMEX.pdf](http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Cuadernillos/33_Republica_Mexicana/33_RMEX.pdf)

CONAPO (2020). La situación demográfica de México 2020. Consejo nacional de población. <https://www.gob.mx/conapo/documentos/la-situacion-demografica-de-mexico-2020>

Concha, Y. (2020). Cambios morfofisiológicos y riesgo de caídas en el adulto mayor: una revisión. *Revista Científica Salud Uninorte*, 36(2). Obtenido de <https://doi.org/10.14482/sun.36.2.618.97>

De la Cuesta et al 2021. La prevención de las caídas de las personas mayores y sus familiares: una síntesis cualitativa. *Gaceta Sanitaria*.35 (2)186-192.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911119302651?via%3Dihub>

Dueñas, V., Licea, M., Blanco, B., Luque, L., Chateloin, S., Nodarse, M. (2020) Síndrome post-caída en adultos mayores operados de fractura de caderas. *Acta Med Cent.* 14(3):330-339. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=98010>

Duran, T., et al (2018). Dejar de ser o hacer: significado de dependencia funcional para el adulto mayor. *Acta universitaria*, 28(3), 40-46. <https://doi.org/10.15174/au.2018.1614>

Eto, M., & Miyauchi, S. (2018). Relationship between occlusal force and. *BMC Geriatrics*, 1-7. <https://bmcgeriatr.biomedcentral.com/counter/pdf/10.1186/s12877-018-0805-4.pdf>

Fusté, M., Pérez I., & Paz E. (2018). Caracterización de las redes de apoyo social del adulto mayor en la Casa de Abuelos del municipio de Camajuaní, Cuba. *Revista Novedades en Población*, 14(27), 1-12. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1817-40782018000100012&lng=es&tlng=es..](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-40782018000100012&lng=es&tlng=es..)

García, M., García, M., & Rivera, S. (2017). Apoyo social en adultos mexicanos: validación de una escala. *Acta de Investigación Psicológica - Psychological Research Records*, 7(1), 2561-2567. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=358951064002>

Gomez, C. (2018). Factores que influyen en el riesgo de caídas . *Pontificia Universidad católica del Ecuador* .  
[https://issuu.com/pucesd/docs/factores que influyen en el riesgo /61](https://issuu.com/pucesd/docs/factores_que_influyen_en_el_riesgo_/61)

González, R. (2017). Discapacidad vs Dependencia: terminología diferencial y procedimiento para su reconocimiento. *Index de Enfermería*, 26(3), 170-174  
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962017000200011&lng=es&tlng=es..](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962017000200011&lng=es&tlng=es..)

Guillen, D. (2019). Investigación cualitativa: Método fenomenológico hermenéutico. *Propósitos Y Representaciones*, 7(1), 201–229.  
<http://orcid.org/0000-0002-7889-2243>

Hernández, M., Juárez, C., Báez, M., Lumbreras, I., & Banderas, J. (2020). Valoración de la dependencia funcional en adultos mayores asociado a riesgo de caídas en el hogar. *Horizonte sanitario*, 19(1), 153-165  
<https://doi.org/10.19136/hs.a19n1.3546>

Hernández, F., Álvarez, M., Martínez, G., Junco, V., Valdés, I., & Hidalgo, M. (2018). Polifarmacia en el anciano. Retos y soluciones. *Revista Médica Electrónica*, 40(6), 2053-2070.  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1684-18242018000602053&lng=es&tlng=es..](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242018000602053&lng=es&tlng=es..)

Hoyos, A. (2018). Actividades preventivas en los mayores. *Atencion primaria*, (50) (1) 109-124. <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-pdf-S0212656718303652>

INAPAM. (2020). *Importancia de las redes de apoyo social para las personas mayores*. <https://www.gob.mx/inapam/es/articulos/importancia-de-las-redes-de-apoyo-social-para-las-personas-mayores?idiom=es>

Khalifa M. (2019). *Improving Patient Safety by Reducing Falls in Hospitals Among the Elderly: A Review of Successful Strategies*. Stud Health Technol Inform. <https://books.google.com/books?hl=es&lr=&id=1mawDwAAQB-AJ&oi=fnd&pg=PA340&ots=dJ8VTDFbNu&sig=jvZdJhGSfNsBrw8rjE-4w3p4z0l#v>

Lemus, N., Linares, L., Macias, L., & Morales, R.(2019).Comportamiento de las caídas en adultos mayores ingresados en servicio de Geriátría. *Revista de Ciencias Médicas de pinar del rio* 857-867. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-31942019000600857&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942019000600857&lng=es&tlng=es)

LDPAM. (2002) *Ley de los derechos de las personas adultas mayores*. Cámara de diputados del H. congreso de la unión. Secretaría general de servicios parlamentarios <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LDPAM.pdf>

Lozano, D., Montoya, B., Gaxiola, S., Román, Y. (2017) Dependencia funcional y vulnerabilidad social en adultos mayores mexicanos. *Revista Latinoamericana de Población*, vol. 11, núm. 21, pp. 47-70 <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=323854675003>

- Martínez, B., Hernández, N., Díaz, Dunia., Arencibia, F., & Morejón, A. (2020). Envejecimiento y caídas. Su impacto social. *Revista Médica Electrónica*, 42(4), 2066-2077. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1684-18242020000402066&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242020000402066&lng=es&tlng=es).
- Martinez M. ( 2004) Ciencia y arte en la metodología Primera edición. Editorial Trillas. México.
- Martínez, S. (2022). Actualización sobre la prevención de caídas en ancianos. *Gerokomos*, 33(1), 27-31. [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-928X2022000100007&lng=es&tlng=es..](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2022000100007&lng=es&tlng=es..)
- Molés, Julio., Lavedán, A., Botigué, T., Masot, O., Esteve, A, Maciá, M.(2020) Characteristics and Circumstances of Falls in the Community-Dwelling Older Adult Population. *J Prim Care Community Health*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7391426/>
- OMS . (2021). *Caidas*. Organización mundial de la salud. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/falls>
- OMS (2022) Envejecimiento y salud <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- OPS. (2020). *Reducción de los riesgos de deterioro cognitivo y demencia. Directrices de la OMS*. Organización panamericana de la salud [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52426/9789275322574\\_spa.pdf?seq](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52426/9789275322574_spa.pdf?seq)

Palacios, L., López, L., & Velásquez, V. (2018). Patrones culturales de cuidado familiar al adulto mayor en condición de discapacidad y pobreza. *Index de Enfermería*, 27(3), 170-174. [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962018000200013&lng=es&tlng=es..](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962018000200013&lng=es&tlng=es..)

Pérez, A., Roque, L., & Plain, C. (2020). Las caídas, causa de accidente en el adulto mayor. *Revista 16 de abril*, 59(276), e705. Recuperado de [https://rev16deabril.sld.cu/index.php/16\\_04/article/view/705/475](https://rev16deabril.sld.cu/index.php/16_04/article/view/705/475)

Ríos, C., Galván, M., Gómez, D., Giraldo, L., Agudelo, M., & Mino, D. (2021). Factores intrínsecos y extrínsecos asociados con caídas en adultos mayores: estudio de casos y controles en México. *Gaceta médica de México*, 157(2), 133-139. <https://doi.org/10.24875/gmm.20000111>

Salech, F. (2016). EPIDEMIOLOGÍA DEL USO DE MEDICAMENTOS EN EL ADULTO MAYOR. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 27(5), 660-670. <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2016.09.011>

SEDESOL (2017). *Análisis prospectivo de la población de 60 años de edad en adelante*. Secretaría de desarrollo social [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/201801/An\\_lisis\\_prospectivo\\_de\\_la\\_poblaci\\_n\\_de\\_60\\_a\\_os\\_en\\_adelante.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/201801/An_lisis_prospectivo_de_la_poblaci_n_de_60_a_os_en_adelante.pdf)

Silva, J., Partezani, R., Miyamura, K., & Fuentes, W. (2019). Causas y factores asociados a las caídas del adulto mayor. *Enfermería universitaria*, 16(1), 31-40. <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2019.1.576>

Thompson, J., & Quevedo, E. (2019). Caídas múltiples y factores asociados en adultos mayores funcionales no institucionalizados de Villahermosa, Tabasco, México. *Horizonte sanitario*, 18(2), 185-193. <https://doi.org/10.19136/hs.a18n2.2659>

Vázquez, I., Olivares, A., & González, A. (2017) Trastornos podiátricos, riesgo de caídas y dolor en adultos mayores. *Atención familiar* 23 (2) <https://www.medigraphic.com/pdfs/atefam/af-2016/af162b.pdf>

Vives, T., & Hamui, L. (2021) La codificación y categorización en la teoría fundamentada, un método para el análisis de los datos cualitativos. *Investigación en educación médica*, vol. 10, núm. 40, pp. 97-104.

## XII. Anexos



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL



Unidad de medicina familiar No.9

FOLIO

### Instrumento de recolección de datos

Motivos por los que sufren caídas los adultos mayores derechohabientes de la UMF No. 9

NSS:	SEXO:	EDAD:	VIVIENDA: -Rural ( ) -Urbana ( )
Estado civil: 1.Soltero ( ) 2. Casado ( ) 3.Unicon libre: ( ) 4. Divorciado: ( ) 5. Viudo: ( ) 6. Separado: ( )	POLIFARMACIA: 1. Con polifarmacia ( ) 2. Sin polifarmacia ( )	COMORBILIDADES: 1.Diabetes Mellitus 2() 2.Hipertension arterial sistémica ( ) 3.Enfermedad cerebrovascular ( ) 4.osteoartritis ( ) 5.artritis reumatoide ( ) 6.Discapacidad funcional ( )	REDES DE APOYO: -Familia ( ) -Amigos ( ) -Vecinos ( ) -Otro ( )

### Entrevista

1. ¿Qué enfermedades padece usted?
2. ¿Qué medicamentos usa para el tratamiento de sus enfermedades?
3. ¿Con quién vive y quien le ayuda en su cuidado?
4. ¿Cómo fue que sufrió su caída?
5. ¿A que le atribuye a que se haya caído?
6. ¿Qué sentimientos le genera el haberse caído?
7. Posterior a haber sufrido la caída ¿Quedo con alguna limitación funcional o algún malestar emocional?
8. ¿Cómo se siente ante el hecho de necesitar ayuda para realizar sus actividades?
9. ¿Considera que su casa es un lugar seguro?



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN  
Y POLÍTICAS DE SALUD  
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	Motivos por los que sufren caídas los adultos mayores de la unidad de medicina familiar No. 9
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	Santiago de Querétaro, UMF. 9 . Delegación, Querétaro,
Justificación y objetivo del estudio:	Las caídas son un motivo frecuente por lo que los adultos mayores acuden a consulta y que les puede ocasionar problemas físicos y emocionales, por lo que es importante reconocer las causas que lo están poniendo en riesgo de sufrir una caída en su domicilio. El objetivo de este estudio de investigación es que usted nos cuente la experiencia de haber sufrido una caída en su hogar, porque motivos usted se ha caído y los sentimientos que le genera el no poder movilizarse fácilmente y no poder realizar sus actividades de la vida diaria por sí solo, a causa de una caída.
Procedimientos:	Se realizará una entrevista con una duración de 30 a 40 minutos aproximadamente, en un área privada y tranquila de esta unidad, todo lo que usted diga será tratado de manera confidencial, la información dicha por usted será grabada y utilizada únicamente para esta investigación.
Posibles riesgos y molestias:	Durante la entrevista, usted podría presentar labilidad emocional al recordar alguna experiencia o circunstancia que le provoque sentimientos negativos o de tristeza.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Usted podrá reconocer, familiarizarse e identificar oportunamente las causas que lo han llevado a sufrir una caída en su domicilio y así poder hacer las modificaciones necesarias para que no vuelva a ocurrir este evento.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se derivarán con su médico familiar aquellos pacientes en los que se detecte algún síntoma que no haya sido tratado previamente y que pueda estar poniéndolo en riesgo de sufrir una caída, si se detecta mal apego al tratamiento de base, medicación no supervisada o abuso en medicamentos será derivado a la consulta externa para ajuste de tratamiento. En caso de detectar problemas

	de motricidad serán enviados a medicina de rehabilitación. Se proporcionará material ilustrativo mediante un tríptico de prevención de caídas.
Participación o retiro:	Su participación en el estudio será voluntaria, anónima y confidencial. Usted está en su derecho de retirarse del estudio investigación en el momento que considere, el retiro no afectará la atención médica que recibe en el instituto, ninguno de sus derechos para recibir atención en el instituto será alterados.
Privacidad y confidencialidad:	El uso de la información que usted proporcione será anónimo. Los datos serán encriptados por medio del software AxCrypt a fin de proteger su confidencialidad.
En caso de colección de material biológico (si aplica):	No autoriza que se tome la muestra. Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio. Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
Disponibilidad de tratamiento médico en No aplica derechohabientes (si aplica):	
Beneficios al término del estudio:	<u>Informar sobre los resultados obtenidos.</u>
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	Dr. Omar Rangel Villicaña Especialista en Medicina Familiar Director clínico de tesis Celular: 4423725399 Correo electrónico: <a href="mailto:omar.rangelvi@imss.gob.mx">omar.rangelvi@imss.gob.mx</a> UMF 9
Colaboradores:	Dra. Claudia Lucero Padilla Hernández Médico General Matricula: 98233796 Celular: 4481053853 Correo electrónico: <a href="mailto:claudiapadh@gmail.com">claudiapadh@gmail.com</a>
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a:	Comité de ética localizado en la coordinación clínica de educación e investigación en salud del Hospital General Regional no.1: Avenida 5 de febrero 102, colonia Centro, CP. 76000, Querétaro, Querétaro. De lunes a viernes de 08 a 16 horas. Teléfono 442 2112337, correo electrónico: <a href="mailto:comiteticainvestigacionhgr1qro@gmail.com">comiteticainvestigacionhgr1qro@gmail.com</a>
Nombre y firma del participante:	Nombre y firma de quien Obtiene El consentimiento
Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio	
<b>Clave: 2810-009-013</b>	

NOMBRE DEL TRABAJO

**Tesis Claudia Lucero Motivos de caidas (1).pdf**

AUTOR

**Claudia Lucero Padilla Caidas**

RECUENTO DE PALABRAS

**20515 Words**

RECUENTO DE CARACTERES

**106090 Characters**

RECUENTO DE PÁGINAS

**93 Pages**

TAMAÑO DEL ARCHIVO

**470.3KB**

FECHA DE ENTREGA

**Dec 13, 2023 11:57 AM CST**

FECHA DEL INFORME

**Dec 13, 2023 11:59 AM CST****● 11% de similitud general**

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base c

- 10% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 7% Base de datos de trabajos entregados
- 4% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossr

**● Excluir del Reporte de Similitud**

- Material bibliográfico
- Material citado
- Material citado