



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 94

**CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES CON SINDROME DE CAIDAS POSTERIOR A UNA
INTERVENCION EDUCATIVA**

TESIS
QUE PARA OPTAR POR EL TITULO DE
MÉDICO FAMILIAR

PRESENTA
SALVADOR SÁNCHEZ HERRERA

TUTOR
DR. RODRIGO VILLASEÑOR HIDALGO
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PROFESOR ADJUNTO DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR DE LA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 94

CIUDAD DE MÉXICO, 2019



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

Resumen integrado	3
Marco teórico	4
Introducción.....	4
Adulto mayor.	5
Síndrome de caídas.....	6
Calidad de vida.....	11
Intervención educativa.....	16
Antecedentes científicos.....	18
Justificación.	20
Planteamiento del problema.	21
Pregunta de investigación.....	22
Objetivos de estudio.	22
General.....	22
Específicos	22
Hipotesis.	22
Especificación de las variables.	23
Material y métodos.	24
Diseño del estudio.	24
Universo de estudio.....	24
Población de estudio.	24
Muestra de estudio.	24
Determinación del tamaño de la muestra.	24
Lugar en donde se desarrollará el estudio.	24
Criterios de selección.....	24
Procedimiento para integrar la muestra.....	25
Procesamiento de los datos.	25
Análisis estadístico.....	26
Tipo de muestreo.....	26
Instrumento de medición.....	26
Programa de trabajo.	27
Hoja de recolección de datos.....	27

Recursos.....	27
Difusión del estudio.	27
Consideraciones éticas.....	27
Riesgo de la investigación.....	28
Contribuciones y beneficios del estudio para los participantes y la sociedad en su Conjunto.	28
Confidencialidad.	28
Condiciones Para El Consentimiento Informado.	29
Forma De Selección De Los Participantes.	29
Balance Riesgo Beneficio.....	29
Resultados.....	30
Análisis de resultados.....	34
Conclusiones.	35
Recomendaciones.	35
Bibliografía.....	37
Anexos.....	39
Instrumento de evaluacion	39
Hoja de recolección de datos	42
Consentimiento Informado.	46
Cronograma de actividades.....	47
Programa educativo.	48

Resumen Integrado

CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES CON SINDROME DE CAIDAS POSTERIOR A UNA INTERVENCION EDUCATIVA

Villaseñor-Hidalgo R ¹, Sánchez-Herrera S ²

Antecedentes: las caídas en el adulto mayor son un problema de salud pública debido a sus múltiples consecuencias en el aspecto biológico, psicológico, social y familiar, modificando la manera de vivir la vida, en este sentido, el número de adultos mayores aumenta debido a la transición epidemiológica y hasta 30% de este grupo etario presenta una caída al año, de los cuales el 50% sufrirá una segunda caída; el primer nivel de atención es por excelencia el origen de la prevención, por lo que una intervención educativa puede impactar en la vida de los adultos mayores con síndrome de caídas.

Objetivo: determinar el impacto en la calidad de vida en adultos mayores con síndrome de caídas posterior a una intervención educativa.

Métodos: estudio cuasiexperimental, realizado en adultos mayores con síndrome de caídas, adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 94 (UMF 94) del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), a los cuales se aplicó un cuestionario para datos sociodemográficos, y el cuestionario de calidad de vida de la Organización Mundial de la Salud (WHOQOL BREF), que investiga el tipo de calidad de vida por medio de 4 dimensiones, el cual se contestó previo y posterior a una intervención educativa que consiste realizar 2 pláticas con enfoque preventivo sobre definición, factores de riesgo, diagnóstico, tratamiento y prevención del síndrome de caídas. Se utilizó la prueba estadística chi cuadrada con bondad de ajuste por medio del programa estadístico SPSS versión 18 para la variable de estudio; el comportamiento de las variables se presentará en tablas y gráficos.

Tiempo para desarrollarse: dos años.

Recursos: adultos mayores participantes, investigadores, salas de espera de la unidad, expediente clínico, computadora personal y finanzas a cargo de los investigadores.

Resultados: Con un total de 41 participantes, el 68.29% fueron mujeres y 31.7% hombres; en cuanto a la calidad de vida, previo al programa educativo, el 56.09%% resultó sin calidad de vida y el 43.9% con calidad de vida, posterior a la intervención, con calidad de vida resultó en 65.85% y sin calidad de vida en 34.14%%.

Conclusión: rechazamos la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de trabajo, concluyendo que existe un impacto positivo en la calidad de vida de los adultos mayores con síndrome de caídas posterior a una intervención educativa.

Palabras clave: síndrome de caídas, adultos mayores, intervención educativa.

1. Médico Familiar. Profesor Adjunto del Curso de Especialización en Medicina Familiar. UMF No. 94, IMSS.

2. Médico Residente del Segundo Año del Curso de Especialización en Medicina Familiar. UMF No. 94, IMSS.

MARCO TEÓRICO

Introducción

Las caídas no intencionales en adultos mayores son una causa importante y frecuente de morbilidad y mortalidad, ya que se asocian a una disminución del estado funcional, y discapacidad secundaria. ¹

Cada año, aproximadamente un tercio de las personas mayores de 65 años presentan al menos una caída; de estos pacientes, del 10 al 15% sufre lesiones graves o incluso la muerte. ²

Entre las personas mayores de 65 años, las caídas son una de las principales causas de muerte y la causa más frecuente de las visitas a los servicios de urgencias por lesión. Uno de cada tres adultos mayores de 65 años cae cada año. En 2012, un total de 2,4 millones de adultos mayores fueron tratados en urgencias por caídas y alrededor del 30% de ellos requirieron hospitalización.

Los servicios médicos de urgencias con frecuencia son solicitados en los casos de adultos mayores que han caído. Aunque muchos de estos pacientes son transportados a hospitales para su evaluación y tratamiento, algunos no son transportados porque sus lesiones no requieren mayor cuidado, en el 11 al 56% de los casos, o rechazan la hospitalización, en el porcentaje restante.

Las causas de una caída en adultos mayores son el resultado de una compleja interacción entre factores propios de la persona, tanto el comportamiento y las características físicas, como el entorno en el que se encuentra. ¹

La prevalencia de síndrome de caídas, por su denominación, es variable de acuerdo con características como la edad, su fragilidad y su entorno; aunque muchas de las caídas que suceden en la población se identifican un factor precipitante, la mayoría de estos eventos están motivados por la asociación de distintas causas. La mayoría de los estudios revisados concuerdan en que la interrelación subjetiva de cada factor de riesgo difiere según el estado

de salud individual agregado, la situación funcional del adulto mayor y las características del entorno que lo rodea. ³

Los pacientes con demencia caen con más frecuencia que los que se encuentran cognitivamente intactos. Entre los diversos procesos cognitivos, las funciones ejecutivas están fuertemente vinculadas a las caídas y son coordinadas por la corteza prefrontal.

La evaluación del riesgo de caídas en la actividad clínica se basa en cuestionarios o pruebas funcionales. Los cuestionarios son con frecuencia cualitativos y no son tan específicos por la historia de la caída; mientras que las pruebas funcionales, son objetivas, pero parecen carecer de capacidad de especificidad y sensibilidad en poblaciones relativamente saludables. Un método prometedor para evaluar el riesgo de caída es la evaluación de la dinámica de la marcha.

En general, se recomienda la actividad física como medida prevención de caídas para aumentar la capacidad física y reducir el riesgo de caídas. Aunque se ha demostrado que un aumento en la actividad física disminuye el riesgo de sufrir caídas en los adultos mayores, se pasa por alto que aumenta el riesgo de caídas en la población más frágil. Como consecuencia, podemos afirmar que la cantidad de actividad física refleja la exposición a peligros ambientales relacionados con las tareas. La mayoría de las evaluaciones no toman en cuenta este riesgo extrínseco de caída. La exposición a los peligros ambientales, tales como desniveles en el plano de sustentación, alfombras, mascotas, entre otras características del medio ambiente, sólo se puede investigar en la vida cotidiana. ¹

Adulto Mayor

Adulto mayor: persona mayor de 60 años, en las cuales hay 3 categorías, 60 a 74 años son personas de edad avanzada, de 75 a 89 años son personas viejas o ancianas, y mayores a 90 años grandes viejos o grandes longevos. ²

Paciente geriátrico: sujeto normalmente de edad avanzada, especialmente frágil ante cualquier tipo de agresión, con patologías crónicas, múltiples y normalmente productoras de

limitaciones funcionales físicas y/o psíquicas. Además de problemas sociales sobreañadidos y con frecuencia trastornos del comportamiento. ³

Hay dos tipos de envejecimiento: el individual y el demográfico. El primero se refiere a la ganancia de años de cada persona el cual depende de la salud y el no sufrir algún accidente; esta situación es el reflejo de los resultados del servicio de salud, ya que se alcanzará mayor edad si hay una adecuada esfera de salud. De manera paralela está el envejecimiento demográfico, el cual se define como la cantidad de adultos mayores con respecto a la población total.

El envejecimiento de poblacional es actualmente uno de los fenómenos demográficos más trascendentes a nivel mundial, ya que, de acuerdo a datos estadísticos estimados, el 11,5% de la población tiene 60 o más años de edad, considerándose que para el año 2050 alcanzará el 22%; este proceso consecuencia de múltiples situaciones, como el aumento de la esperanza de vida secundario a la disminución de la natalidad y de la mortalidad infantil y por edades, producto de las mejorías ocurridas en los sistemas de salud. Este fenómeno está presente tanto en los países desarrollados, donde los ancianos constituyen aproximadamente el 20% de la población, y en aquellos en vías de desarrollo, donde alrededor de las tres cuartas partes de la población corresponde a este grupo etario. ⁴

En el caso de México, la proporción de adultos mayores aumento de 6.83% en el año 2000, a 9.06% para el 2010; de acuerdo con datos de Consejo Nacional de población, se cree que para el año 2030 la población mayor de 65 años se duplique a 17.45% y para el año 2050 un estimado de 27.95%.⁵

Síndrome de caídas

Según el Panel of Prevention of Falls in Older Persons, la caída es un evento caracterizado por la pérdida de la estabilidad postural con un desplazamiento del centro de gravedad hacia un nivel inferior, generalmente el suelo, sin una previa perdida del conocimiento y sin pérdida del tono postural, ocurriendo de una manera no intencional.⁶

A pesar de la falta de estandarización, una definición comúnmente usada de caída es la utilizada en las más recientes guías de prevención de caídas, realizadas por la Sociedad Americana de Geriátrica y la Sociedad de Geriátrica Británica: una caída es un evento inesperado en el que la persona se detiene en el suelo, piso o nivel inferior sin pérdida conocida de conciencia. Esto es similar a la definición de 2004 del Instituto Nacional de Salud y Clínica y la Organización Mundial de la Salud.⁷

La Organización Mundial de la Salud define a la caída como una consecuencia de cualquier acontecimiento que precipite al paciente al suelo en contra de su voluntad.⁸

Las caídas son una condición frecuente en el adulto mayor, 30 a 60% de los adultos mayores de la comunidad sufren un episodio de caída al año (34). Su incidencia anual se aproxima a 50% en pacientes por encima de 80 años. El 5% de caídas en los adultos mayores resulta en fracturas u hospitalización.⁹

Las caídas son la segunda causa mundial de muerte por lesiones accidentales o no intencionales. Se calcula que anualmente mueren en todo el mundo unas 646 000 personas debido a caídas, y más de un 80% de esas muertes se registran en países de bajos y medianos ingresos. Los mayores de 65 años son quienes sufren más caídas mortales. Cada año se producen 37,3 millones de caídas cuya gravedad requiere atención médica.²

Las caídas son un importante problema mundial de salud pública. Se calcula que anualmente se producen 646 000 caídas mortales, lo que convierte a las caídas en la segunda causa mundial de muerte por lesiones no intencionales, por detrás de los traumatismos causados por el tránsito. Más del 80% de las muertes relacionadas con caídas se registran en países de bajos y medianos ingresos, y un 60% de esas muertes se producen en las Regiones del Pacífico Occidental y Asia Sudoriental. Las mayores tasas de mortalidad por esta causa corresponden en todas las regiones del mundo a los mayores de 60 años.

Cada año se producen 37,3 millones de caídas que, aunque no sean mortales, requieren atención médica y suponen la pérdida de más de 17 millones de años de vida ajustados en

función de la discapacidad. La mayor morbilidad corresponde a los mayores de 65 años, a los jóvenes de 15 a 29 años y a los menores de 15 años.

Cerca de un 40% de los años de vida ajustados en función de la discapacidad perdidos en todo el mundo debido a las caídas corresponden a los niños, pero es posible que este parámetro no refleje con exactitud el impacto de las discapacidades relacionadas con las caídas en las personas mayores, que tienen menos años de vida que perder. Además, quienes padecen discapacidad a causa de las caídas, y en particular los ancianos, corren más riesgo de necesitar atención a largo plazo e ingreso en alguna institución.¹⁰

Entre el 40 a 60% de las caídas ocasionan lesiones, 30 a 50% son menores, 5 a 6% mayores, en las cuales excluimos las fracturas, y 5% causan fracturas. Las caídas se relacionan en el 90% de las fracturas de cadera y muñeca y el 60% de las lesiones en la cabeza. Las lesiones son la quinta causa más común de muerte en los adultos mayores, en acotación a esta afirmación, se documenta que las caídas son la causa más común de muerte relacionada con lesiones en personas mayores de 75 años.¹¹

Muchas veces se asume las caídas como algo propio del proceso del envejecimiento, sin embargo, un episodio de caída no es una enfermedad en sí misma, pero puede ser la manifestación de múltiples enfermedades tanto agudas como crónicas, lo que se suma a los cambios que ocurren propios del envejecimiento.

Las caídas pueden clasificarse de acuerdo con su mecanismo autoinformado en explicado o inexplicado, por su mecanismo objetivado en extrínseco o intrínseco, por su gravedad en no perjudicial o perjudicial y por la frecuencia en único o recurrente.⁷

Aunque las caídas conllevan un riesgo de lesión en todas las personas, su edad, sexo y estado de salud pueden influir en el tipo de lesión y su gravedad.

La edad es uno de los principales factores de riesgo de las caídas. Los ancianos son quienes corren mayor riesgo de muerte o lesión grave por caídas, y el riesgo aumenta con la edad. La magnitud del riesgo puede deberse, al menos en parte, a los trastornos físicos,

sensoriales y cognitivos relacionados con el envejecimiento, así como a la falta de adaptación del entorno a las necesidades de la población de edad avanzada. Ambos géneros corren el riesgo de sufrir caídas en todos los grupos de edad y todas las regiones. Sin embargo, en algunos países se ha observado que los hombres tienen mayor probabilidad de sufrir caídas mortales, mientras que las mujeres sufren más caídas no mortales. ⁶

Los factores de riesgo pueden clasificarse como intrínsecos; estos son los que están asociados con dificultades físicas y mala salud, por ejemplo, debilidad muscular, trastornos del equilibrio o de la marcha, deterioro cognitivo o demencia, inestabilidad neurológica, cardiovascular, déficit visual, infección, entre otros; entre las causas extrínsecas encontramos el estilo de vida y, con mayor frecuencia, riesgos ambientales, irregularidades superficiales y variaciones estacionales, por ejemplo una mala iluminación, alfombras sueltas principalmente.

Es de máxima importancia poder observar los efectos de interacción y sinergia que hay entre los factores de riesgo. A menudo hay más de un posible factor de riesgo para una caída, y atribuir el evento a una causa puede ser difícil. Las caídas ocurren principalmente como un fenómeno perfecto resultado de la acumulación de factores de riesgo.

La evaluación de la marcha y el equilibrio para identificar riesgo de caídas es la herramienta de mayor utilidad. Para esta finalidad se emplea la evaluación clínica realizada mediante la observación cuidadosa de una serie de maniobras, la aplicación de escalas y se incluyen también instrumentos computarizados.

Se afirma que para identificar casos de riesgo se requiere de un instrumento de evaluación para cuantificar de forma objetiva el grado de discapacidad que presenta un paciente, además de monitorizar los cambios producidos con el tratamiento, el cual es de vital importancia y no se puede considerar de forma separada. Las escalas validadas más utilizadas actualmente son: la prueba de Tinetti, la prueba de levántate y camina, la prueba de Romberg y la evaluación cronometrada de la estación unipodal y el método objetivo estático como la plataformas de fuerza fijas, sin embargo, ninguna de las escalas clínicas

tiene valor terapéutico como de evaluación para estas situaciones como la plataforma de fuerza o plataforma de Cobs, esto no quiere decir que sustituya la valoración clínica, sino que es complementaria y permite una atención de manera integral a los problemas de los pacientes.⁷

Una de las evaluaciones más utilizadas para predecir el riesgo de caídas, es la escala de Tinetti, indicada para detectar precozmente el riesgo de caídas en ancianos a un año.

Es un método que realiza una aproximación preguntando al paciente si teme caerse. Se ha visto que el Valor Predictivo positivo de la respuesta afirmativa es alrededor del 63% y aumenta al 87% en ancianos frágiles.¹²⁻¹³

Es una prueba que se realiza en aproximadamente 10 minutos. La forma en la que se lleva a cabo es la siguiente: caminando el evaluador detrás del adulto mayor, se le solicita que responda a las preguntas de la subescala de marcha. Para contestar la subescala de equilibrio el entrevistador permanece de pie junto al anciano, frente a él y a la derecha.

La puntuación se totaliza cuando el paciente se encuentra sentado. A mayor puntuación mejor funcionamiento. La máxima puntuación de la subescala de marcha es 12 puntos, para la del equilibrio es de 16 puntos. Ambas subescalas se suman y se considera que a mayor puntuación hay menor riesgo de caídas en el adulto mayor a un año; sin embargo, es una escala que carece de valor terapéutico, por lo cual solo se utiliza para identificar casos de riesgo.

Las plataformas dinamométricas son sistemas de análisis cinético del movimiento, miden las fuerzas que ejerce el pie sobre el plano de apoyo durante la marcha, la carrera o el salto. La plataforma de Cobs es utilizada como una herramienta diagnóstica y terapéutica de la marcha. Valora distintos parámetros de la marcha de forma objetiva y eficaz, aprecia los factores que la modifican y observa la efectividad del tratamiento. Es un método que se puede repetir, cuantificar, además de ser objetivo y confiable.

La Plataforma Cobs Biofeedback (PCB) es un equipo de respuesta informativa y de entrenamiento que brinda información sencilla, representada en forma gráfica, acústica o ambas, en tiempo real, sobre los movimientos del cuerpo, se realiza de manera rápida y objetiva, muestra la respuesta exacta de las habilidades motrices de una persona, lo que permite una planificación y control eficaz de la terapia; de igual manera evalúa de forma cualitativa y cuantitativa características motoras, como el equilibrio, la capacidad de carga, fuerza, coordinación, rapidez; y además, pueden comprobarse otras capacidades que influyen en las habilidades motrices, como lo son la percepción corporal, propiocepción, cognición, atención, reacción, anticipación, percepción visual y acústica. Con estas características se ofrece un programa personalizado para personas de la tercera edad con el fin de prevenir las caídas. ⁷

Calidad de Vida

Ferrans, define calidad de vida general como el bienestar personal derivado de la satisfacción o insatisfacción con áreas que son importantes para él o ella. Hornquist la define en términos de satisfacción de necesidades en las esferas física, psicológica, social, de actividades, material y estructural.

Calman la conceptualiza como la satisfacción, alegría, realización y la habilidad de afrontar; medición de la diferencia, en un tiempo, entre la esperanza y expectativas de una persona con su experiencia individual presente.

Calidad de vida del adulto mayor, según Velandia es la resultante de la interacción entre las diferentes características de la existencia humana como vivienda, vestido, alimentación, educación y libertades humanas; cada una de las cuales contribuye de diferente manera para permitir un óptimo estado de bienestar, teniendo en cuenta el proceso evolutivo del envejecimiento, las adaptaciones del individuo a su medio biológico y psicosocial cambiante, el cual se da en forma individual y diferente; adaptación que influye en su salud física, fallas en la memoria y el temor, el abandono, la muerte, la dependencia o la invalidez.

Esta gran dispersión y diversidad de concepciones puede derivar de la naturaleza diversa del concepto o bien a que este es un término multidisciplinario. Así, los economistas

tenderán a centrar su medición en elementos tangibles de la calidad de vida y, por otro lado, los científicos sociales lo harán en la percepción individual sobre la calidad de vida. El concepto actualmente incorpora tres ramas de las ciencias: economía, medicina y ciencias Sociales. Cada una de estas disciplinas ha promovido el desarrollo de un punto de vista diferente respecto a cómo debiera ser conceptualizada.¹⁴

Diversos autores han investigado sobre los factores de la vida que son considerados importantes para la calidad de vida por las personas de edad; encontrándose, como variables más significativas: las relaciones familiares y apoyos sociales, la salud general, el estado funcional y la disponibilidad económica. A pesar de los aspectos subjetivos y la gran variabilidad entre poblaciones, hay algunos factores que permanecen constantes, entre ellos el soporte social, como un elemento que favorece la calidad de vida independiente de la fuente de donde provenga. Se ha sugerido que la calidad de vida en general puede variar de acuerdo a la edad, el sexo, la condición de salud y la residencia; aunque los factores socioeconómicos y la escolaridad son elementos de importancia, aunque no del todo determinantes para la calidad de vida de los ancianos. Aspectos relacionados con la salud; cualquier enfermedad en general afecta la calidad de vida, y en mayor medida los problemas de salud mental: desordenes de ansiedad, depresivos y afectivos.

Existen diversos métodos e instrumentos para la medición de la calidad de vida, sin embargo, los métodos actuales de evaluación de calidad de vida en relación con la salud se han desarrollado sobre todo a partir de tres tradiciones de investigación: la investigación de la felicidad, proveniente de la tradición psicológica, definida por Jones, como un constructo psicológico posible de ser investigado.

La investigación en indicadores sociales, proveniente de las ciencias sociales, que se centró en los determinantes sociales y económicos del bienestar. Las líneas de investigación en el campo social divergen, desde las que continúan centrándose en indicadores objetivos a las que se concentran en indicadores subjetivos. Dentro de esta línea, diversos investigadores siguen discutiendo si la satisfacción debe medirse globalmente o en relación a distintos ámbitos de la vida específicos. Los distintos modelos teóricos sobre necesidades humanas,

desarrollados por filósofos, antropólogos, científicos sociales y políticos, incluyen, a pesar de sus diferencias teóricas.

En el área de la salud, la OMS fue pionera en el futuro desarrollo, al definirla e incorporar el bienestar físico, psíquico y social y no meramente la ausencia de enfermedad, en su definición clásica, sin embargo, esta definición de avanzada no pasó de ser una expresión de deseos y la práctica médica, así como las evaluaciones poblacionales de salud fueron apartándose de este concepto reduccionista.

A comienzos de los años 80 aparecen desarrollados los perfiles de salud como respuesta a lo anterior, y son los denominados: Perfil de Impacto de la Enfermedad; Perfil de Salud de Nottingham; y el SF-36 (Short Form-36 Health Survey, SF-36). Este cuestionario de salud SF-36 versión española o formulario corto, evalúa ocho dimensiones con una batería de preguntas por cada dimensión dando un total de 36 preguntas.

Posteriormente, la OMS retoma el tema, al crearse en 1991 un grupo multicultural de expertos que avanza en la definición de Calidad de Vida y en algunos consensos básicos que permitan ir dando a este complejo campo alguna unidad. Esta definición y puntos de consenso fueron la base de la creación del instrumento de Calidad de Vida de la OMS (WHOQOL-100), cuestionario válido simultáneamente en distintas culturas; utiliza metodologías cualitativas como los grupos focales, para evaluar la pertinencia para los futuros usuarios de los aspectos incluidos en la evaluación.

Durán, concluye en una de sus investigaciones en México, que la mayor variación de los adultos entre los 65 y 74 años, en relación con su calidad de vida, se concentra en tres dimensiones particularmente: vitalidad, función social y salud mental; y que dos condiciones como el sexo y la edad (mujeres y mayor edad) son variables que se asocian con la calidad de vida.

La evaluación de la calidad de vida de WHOQOL-100 fue desarrollada por el Grupo WHOQOL con quince centros internacionales, simultáneamente, en un intento por desarrollar una evaluación de la calidad de vida que sería aplicable de manera intercultural.

La iniciativa de la OMS para desarrollar una evaluación de la calidad de vida surgió por varias razones. En los últimos años se ha ampliado el enfoque en la medición de la salud, más allá de los indicadores de salud tradicionales, como la mortalidad y la morbilidad, para incluir medidas del impacto de la enfermedad y el deterioro en las actividades diarias, y comportamiento, medidas de salud y medidas de estado funcional / discapacidad. Estos indicadores, mientras comienzan a proporcionar una medida del impacto de la enfermedad, no evalúan la calidad de vida en sí misma, que se ha descrito acertadamente como la medida faltante en la salud. Segundo, la mayoría de las medidas del estado de salud se han desarrollado en América del Norte y el Reino Unido, y la traducción de estas medidas para su uso en otros entornos requiere mucho tiempo y es insatisfactoria por varias razones.

En tercer lugar, el modelo de medicina cada vez más mecanicista, que se ocupa únicamente de la erradicación de enfermedades y síntomas, refuerza la necesidad de la introducción de un elemento humanista en la atención de salud. Al solicitar evaluaciones de la calidad de vida en la atención médica, la atención se centra en este aspecto de la salud, y las intervenciones resultantes prestarán mayor atención a este aspecto del bienestar de los pacientes. La iniciativa de la OMS para desarrollar una evaluación de la calidad de vida surge de la necesidad de una medida genuinamente internacional de la calidad de vida y de un compromiso para la promoción continua de un enfoque holístico de la salud y la atención médica.

El proceso de desarrollo de WHOQOL-100 consistió en varias etapas. En la primera etapa, la aclaración del concepto implicó establecer una definición acordada de calidad de vida y un enfoque para la evaluación internacional de la calidad de vida. La calidad de vida se define como las percepciones de los individuos sobre su posición en la vida en el contexto de la cultura y los sistemas de valores en los que viven y en relación con sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones.

En la segunda etapa de desarrollo, la exploración de la construcción de la calidad de vida se llevó a cabo en 15 centros de campo culturalmente diversos para establecer una lista de áreas / facetas que los centros participantes consideraron relevantes para la evaluación de la calidad de vida. Esto implicó una serie de reuniones de grupos focales que incluyeron profesionales de la salud, pacientes y pacientes sanos. Cada grupo de enfoque del centro

generó un máximo de seis elementos específicos para explorar cada faceta propuesta. Para permitir que la colaboración sea realmente internacional, los 15 centros de campo fueron seleccionados en todo el mundo para proporcionar diferencias en el nivel de industrialización, servicios de salud disponibles y otros marcadores relevantes para la medición de la calidad de vida. En la tercera etapa de desarrollo, las preguntas de cada centro se reunieron en un grupo global. Después de agrupar preguntas semánticamente equivalentes, se incluyeron 236 elementos que cubren 29 facetas en una evaluación final. El trabajo piloto incluyó la administración de esta evaluación estandarizada al menos a 300 encuestados dentro de cada centro.

Luego de las pruebas de campo en estos 15 centros, se seleccionaron 100 artículos para su inclusión en la versión de prueba de campo de WHOQOL-100. Estos incluyeron cuatro elementos para cada una de las 24 facetas de la calidad de vida y cuatro elementos relacionados con la faceta.

El WHOQOL-100 permite la evaluación detallada de cada faceta individual relacionada con la calidad de vida. Sin embargo, en ciertos casos, el WHOQOL-100 puede ser demasiado largo para el uso práctico. Por lo tanto, la versión de prueba de campo de WHOQOL BREF ha sido desarrollada para proporcionar una evaluación corta de la calidad de vida que analiza los perfiles a nivel de dominio, utilizando datos de la evaluación piloto de WHOQOL y todos los datos disponibles de la versión de prueba de campo de la WHOQOL-100. Veinte centros de campo ubicados dentro de dieciocho países han incluido datos para estos fines. El WHOQOL-BREF contiene un total de 26 preguntas. Para proporcionar una evaluación amplia y completa, se ha incluido un elemento de cada una de las 24 facetas contenidas en el WHOQOL-100. Además, se han incluido dos elementos de la faceta Calidad de vida general y Salud general. El WHOQOL-BREF está disponible en 19 idiomas diferentes.

El WHOQOL-BREF produce un perfil de calidad de vida. Es posible derivar cuatro puntuaciones de dominio. También se examinan por separado dos elementos: la pregunta 1 se refiere a la percepción general de la calidad de vida de una persona y la pregunta 2 se refiere a la percepción general de su salud de una persona. Los cuatro puntajes de dominio denotan una percepción individual de la calidad de vida en cada dominio en particular. Las

puntuaciones de dominio se escalan en una dirección positiva, es decir, las puntuaciones más altas denotan una mayor calidad de vida. La puntuación media de los elementos dentro de cada dominio se utiliza para calcular la puntuación del dominio. Las puntuaciones medias se multiplican por 4 para que las puntuaciones de dominio sean comparables con las puntuaciones utilizadas en el WHOQOL-100 (anexo 1).¹⁵

Intervención educativa

La intervención educativa es la acción intencional para la realización de acciones que conducen al logro del desarrollo integral del educando. La intervención educativa tiene carácter teleológico: existe un sujeto agente (educando-educador) existe el lenguaje propositivo (se realiza una acción para lograr algo), se actúa en orden a lograr un acontecimiento futuro (la meta) y los acontecimientos se vinculan intencionalmente. La intervención educativa se realiza mediante procesos de autoeducación y heteroeducación, ya sean estos formales, no formales o informales. La intervención educativa exige respetar la condición de agente en el educando. La acción (cambio de estado que un sujeto hace que acaezca) del educador debe dar lugar a una acción del educando (que no tiene que ser intencionalmente educativa) y no sólo a un acontecimiento (cambios de estado que acaecen a un sujeto en una ocasión), tal como corresponde al análisis de procesos formales, no formales e informales de intervención

Una o varias caídas suelen ser de origen multifactorial, relevante en el adulto mayor, pues puede ser manifestación de enfermedad y/o puede generar dependencia funcional creando un círculo vicioso, pues este a su vez se relaciona con caídas. Una historia de caídas y la hospitalización aguda, es un riesgo para el paciente geriátrico para menor acondicionamiento y requiere de un plan de rehabilitación en hospital y a su egreso. Las medidas dirigidas a modificar los factores de riesgo han demostrado reducir el riesgo de caídas entre el 7 y 12%.

La presencia de síndrome de caídas en el paciente geriátrico se puede realizar a través de una pregunta específica: ¿Se ha caído en los últimos 6 meses? En caso positivo se debe incorporar al paciente a un programa de reacondicionamiento de la marcha y el equilibrio. Por lo que deberá referirse al Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, así como

valoración por Geriatría con la finalidad de identificar las causas potenciales y disminución de riesgos como una prescripción inadecuada.¹⁶

La funcionalidad es la capacidad de la persona de realizar en forma autónoma actividades de autocuidado que le prodigan bienestar. El deterioro de la capacidad funcional es un fenómeno frecuente asociado a la edad, es un indicador sensible para identificar una nueva enfermedad, puede ser un predictor de mortalidad, mayor estancia hospitalaria y necesidad de institucionalización. Cuando se ha perdido alguna capacidad se habla de abatimiento funcional y constituye en geriatría un síndrome a investigar, una alerta a estudiar, este puede ser agudo, relacionado con una patología o conjunto de patologías recientes, o crónico en cuyo caso es muy probable que varios problemas hayan llevado la incapacidad. El índice de Katz tiene seis elementos ordenados en forma jerárquica, según la secuencia en la que los pacientes pierden o recuperan la independencia para realizar actividades básicas de vida diaria. Se debe valorar la funcionalidad para detectar su pérdida aguda o crónica, mediante la escala de Katz.

Aquellos adultos mayores ambulatorios que hayan perdido alguna capacidad para realizar las actividades básicas de la vida diaria se deberán referir a los servicios de atención social a la salud para recuperar la funcionalidad perdida con un programa de actividades graduales de desempeño ocupacional significativo.

Se realizara una estrategia educativa, identificando pacientes adultos mayores de 60 años, adscritos a la Unidad de Medicina Familiar 94 del I.M.S.S. con riesgo para síndrome de caídas, preguntando si en el último año han sufrido una caída, como método de tamizaje; ya identificados, se les invitara a sesiones educativas para mejorar la calidad de vida en un paciente adulto mayor con síndrome de caídas, se realizara el cuestionario de calidad de vida de la Organización Mundial de la Salud (WHOQOL BREF) instrumento validado que consta de 26 reactivos en español, divididos en 4 dominios, se aplicara antes de iniciar la estrategia, y al terminar las sesiones educativas, con el fin de valorar el impacto educacional en nuestra muestra de estudio con riesgo de síndrome de caídas. (Anexo 1)

Antecedentes Científicos

La Organización Mundial de Salud definió la salud en 1948 como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. La carta de Ottawa en 1986 definió la promoción de salud como proceso que da a la población los medios para ejercer un mayor control sobre su propia salud y de mejorarla. Los adultos mayores de hoy tienen una expectativa de vida de casi 10 años más, y muchos de ellos requerirán actividades de promoción y prevención de salud que sean ofrecidas por el sistema de salud al que consultan.¹⁷

La promoción de salud puede ser abordada desde diferentes escenarios. El escenario macrosocial, con enfoque en los determinantes sociales, debe ser abordado desde políticas públicas que disminuyan la inequidad en esta etapa de vida, donde suele haber mayor vulnerabilidad.

El escenario microambiental, relacionado a los escenarios donde los adultos mayores se desenvuelven: casas, barrios, municipios; se puede influir a través de la concertación con gobiernos locales y otros actores de las localidades donde viven los adultos mayores.

El escenario interpersonal, donde la familia es la principal fuente de apoyo social y de promoción de estilos de vida saludable, se puede influir en este escenario conociendo este contexto y usándolo como recurso para promover salud. El escenario individual se puede influir a través de la motivación hacia estilos de vida saludables desde los encuentros con los prestadores de salud.¹⁸

En México, la aplicación del WHOQOL-BREF se realizó a través de un proceso de traducción y adaptación al lenguaje de uso común mediante una evaluación de los ítems por 21 jueces expertos, encontrándose un acuerdo entre los ítems de 69.05% para dar validez de contenido. En otro informe en el que se examinan las propiedades psicométricas del instrumento con población anciana, se señala que se utilizó el instrumento como una medida de significación clínica para evaluar los efectos de una intervención cognitivo-conductual en una muestra de 27 sujetos adultos de edades comprendidas entre 55 y 74 años, de nivel económico medio-bajo y con una escolaridad promedio de casi cuatro años,

que corresponde a primaria incompleta. En relación con sus propiedades psicométricas, muestra valores apropiados de consistencia interna.¹⁹

Un estudio que encuestó a 794 adultos con una edad igual o mayor a 60 años en el sur de la ya mencionada entidad. No se aplicó ningún criterio de exclusión; como material, se utilizó una hoja de datos sociodemográficos, que aborda ciertos aspectos relativos al participante, como edad, sexo, estado civil, nivel máximo de estudios, actividad principal, estatus de salud y otros más. WHOQOL-OLD, que es una escala tipo Likert que consta de 24 ítems que puntúan en un rango de 1 a 5. Está dividida en seis facetas o dimensiones, cada una de ellas con cuatro ítems, que evalúa distintos aspectos.²⁰

Respecto a su validez divergente con depresión, el WHOQOL-OLD muestra una correlación negativa, alta y significativa. En relación con su validez convergente con el bienestar subjetivo, muestra igualmente una correlación alta y significativa, aunque positiva. El propósito de este estudio fue evaluar las propiedades psicométricas de confiabilidad y validez del Cuestionario de Calidad de Vida WHOQOL-OLD, en su versión en español, para adultos mayores del sur del estado de Sonora, México, donde el cuestionario mostró propiedades psicométricas satisfactorias.⁸

Otro estudio, realizado en Colombia habla sobre como la tercera edad abarca una época bastante amplia de la vida de un ser humano y la actividad física es una estrategia que permite mejorar la calidad de vida de esta población. El objetivo fue determinar la efectividad de un programa de actividad física, para mejorar la fuerza de miembros inferiores y el equilibrio en las personas de la tercera edad. Fue un estudio cuasi-experimental, de corte longitudinal, con una muestra de 57 personas de la tercera edad, a quienes se les aplicó una evaluación inicial y final de equilibrio y fuerza, y un programa de actividad física de 4 meses de duración, con dos sesiones de entrenamiento por semana, donde se realizaron ejercicios de postura, propiocepción, equilibrio y fuerza muscular. En el análisis de datos se utilizó el programa SPSS v. 24.0 para Windows. Se realizó análisis univariado aplicando medidas de tendencia central y un análisis estadístico con pruebas no paramétricas para dos muestras relacionadas. Los resultados obtenidos arrojaron significancia estadística: extensión funcional, tándem ojos abiertos, tándem ojos cerrados, unipodales ojos cerrados

y sentado/parado. Por lo que Este estudio constató que la actividad física es efectiva para mejorar el equilibrio y la fuerza muscular de miembros inferiores y es una herramienta adecuada para conservar la funcionalidad y la autonomía de las personas de la tercera edad.²¹

JUSTIFICACIÓN

El envejecimiento de poblacional es actualmente uno de los fenómenos demográficos más trascendentes a nivel mundial, ya que, de acuerdo con datos estadísticos estimados, el 11,5% de la población tiene 60 o más años, considerándose que para el año 2050 alcanzará el 22%. Por lo cual son un grupo de riesgo, ya que representan un número importante del total de población.²²

Las caídas no intencionales en adultos mayores son una causa importante y frecuente de morbilidad y mortalidad, ya que se asocian a una disminución del estado funcional, y discapacidad secundaria. Cada año, aproximadamente un tercio de las personas mayores de 65 años presentan al menos una caída; de estos pacientes, del 10 al 15% sufre lesiones graves o incluso la muerte.

Entre las personas mayores de 65 años, las caídas son una de las principales causas de muerte y la causa más frecuente de las visitas a los servicios de urgencias por lesión. Uno de cada tres adultos mayores de 65 años cae cada año. En 2012, un total de 2,4 millones de adultos mayores fueron tratados en urgencias por caídas y alrededor del 30% de ellos requirieron hospitalización.

Debido a lo anterior, es importante establecer un programa de prevención de caídas dirigido a esta frágil población. El ejercicio ha demostrado ser útil en la disminución de caídas en este grupo etario; sin embargo, no ha logrado reducir la tasa de caídas o el riesgo de presentarlas; sin embargo, aún no es claro el efecto de un programa de rehabilitación y estrategia educativa que mejore la capacidad funcional el equilibrio en esta población y la calidad de vida.

Las escalas validadas más utilizadas actualmente para predecir riesgo de caídas son la prueba de Tinetti, la prueba de levántate y camina, la prueba de Romberg y la evaluación cronometrada de la estación unipodal y el método objetivo estático como la plataformas de fuerza fijas, sin embargo, ninguna de las escalas clínicas tiene valor terapéutico y de evaluación para estas situaciones como la plataforma de fuerza o plataforma de Cobs, esto no quiere decir que sustituya la valoración clínica, sino que es complementaria y permite una atención de manera integral a los problemas de los pacientes.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Establecer un programa educativo para mejorar la calidad de vida en los adultos mayores es de vital importancia. Los entrenamientos neuromotor y funcional son una alternativa importante para mejorar el equilibrio, la agilidad, la coordinación, el control motor, la propiocepción y reducir el riesgo de caídas en adultos mayores, quienes a consecuencia del proceso de envejecimiento hay deterioro en el equilibrio, la fuerza y la capacidad funcional; estudios en este grupo de edad, muestran que realizar ejercicios de equilibrio con una frecuencia de dos o tres veces a la semana y con una duración mínima de ocho semanas, disminuye el riesgo y número de caídas en más del 49%.

La plataforma de Cobs es utilizada como una herramienta diagnóstica y terapéutica de la marcha. Valora distintos parámetros de la marcha de forma objetiva y eficaz, aprecia los factores que la modifican y observa la efectividad del tratamiento. Es un método que se puede repetir, cuantificar, además de ser objetivo y confiable; sin embargo, no todas las intervenciones con ejercicio son efectivas para mejorar el equilibrio, la capacidad funcional y, lo más importante, disminuir el riesgo de caída en los adultos mayores; por lo que aún hay un desacuerdo, ya que no está bien establecido cuanto es el mínimo necesario de tratamiento para obtener beneficios en este grupo poblacional.

Se realizó un programa educativo, el cual consistió en la identificación de pacientes adultos mayores con síndrome de caídas, integrarlos a pláticas y sesiones informativas, así como grupos de ayuda, posteriormente se aplicó un instrumento para evaluar la calidad de vida posterior a la intervención educativa.

Por lo mencionado anteriormente, identificamos quienes son los adultos mayores adscritos a la UMF 94 con síndrome de caídas y aplicar en ellos una estrategia para mejorar su calidad de vida.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es el impacto en la calidad de vida en adultos mayores con síndrome de caídas posterior a una intervención educativa?

OBJETIVOS DE ESTUDIO

General

- Determinar el impacto en la calidad de vida en adultos mayores con síndrome de caídas posterior a una intervención educativa.

Específicos

- Reconocer el perfil sociodemográfico de adultos mayores con síndrome de caídas.
- Ejecutar una estrategia educativa en adultos mayores con síndrome de caídas.
- Conocer el tipo de la calidad de vida de adultos mayores con síndrome de caídas antes y después de una intervención educativa.

HIPOTESIS

H₁: Existe un impacto en la calidad de vida en adultos mayores con síndrome de caídas posterior a una intervención educativa.

H₀: No existe un impacto en la calidad de vida en adultos mayores con síndrome de caídas posterior a una intervención educativa.

ESPECIFICACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable de estudio:

- Calidad de Vida: se define en términos de satisfacción de necesidades en las esferas física, psicológica, social, de actividades, material y estructural,⁷ para fines del estudio es el bienestar y satisfacción con las actividades diarias, su indicador será los 26 ítems que evalúa la calidad de vida por medio del instrumento WHOQOL BREF el cual se divide en 4 dominios (salud física, psicológica, relaciones sociales y medio ambiente), es una variable de tipo cualitativa dicotómica, en escala de medición nominal con las categorías sin calidad de vida (muy mala, mala, ni buena ni mala) y con calidad de vida (buena, muy buena).

Variables descriptoras:

- Edad: definida como el tiempo transcurrido del nacimiento a la fecha, para fines del estudio son los años cumplidos desde el nacimiento, su indicador es la edad en años que refiera el participante, es una variable de tipo cuantitativa discreta, en escala de medición de razón, con las categorías de número de años a partir de los 60 años.
- Género: definida como el conjunto de características físicas, biológicas, anatómicas y fisiológicas de los seres humanos, para fines del estudio son hombre o mujer. Es una variable cualitativa dicotómica en escala de medición nominal con las categorías de hombre y mujer.
- Ocupación: trabajo o actividad en que emplea el tiempo, para fines del estudio es la actividad que realiza en el día, su indicador es la actividad que refiera realizar el participante. Es una variable cualitativa policotómica en escala de medición nominal con las categorías de ama de casa, trabajos menores o informales, obrero, empleado, profesionista, jubilado o pensionado y otros.
- Escolaridad: definida como el nivel de estudios máximo alcanzado en el sistema nacional de educación, para fines del estudio es el grado máximo de estudios de un individuo, su indicador es el grado escolar referido por el participante, es una variable cualitativa policotómica con escala de medición nominal, con las categorías de analfabeta, primaria, secundaria, bachillerato, licenciatura y posgrado.

- Estado civil: definida como la situación civil en la que se encuentra la persona con relación al tener o no pareja, para fines del proyecto se considera el estado de civilidad de un individuo, su indicador es el estado civil que indique el participante, la cual es una variable cualitativa policotómica en escala de medición nominal con las categorías de soltero, casado, unión libre, divorciado y viudo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño del estudio

Cuasiexperimental.

Universo de estudio

Adultos mayores con síndrome de caídas.

Población de estudio

Adultos mayores con síndrome de caídas derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

Muestra de estudio

Adultos mayores con síndrome de caídas derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 94 (UMF 94).

Determinación del tamaño de la muestra

Se considera que a nivel mundial los adultos mayores de 60 años representan el 11.2% de la población mundial, en México, representan el 9.02%, y en la U.M.F. No. 94 hay 22,500 adultos mayores de 60 años, por lo que consideramos que el tamaño de la muestra será de 41 individuos, con un nivel de confianza de 80%, y un margen de error del 10%.

Lugar en donde se desarrollará el estudio

Unidad de Medicina Familiar Número 94 del IMSS.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

- De inclusión:
 - Adultos mayores de 60 años con síndrome de caídas.
 - Derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 94 (UMF 94).

- Participación voluntaria bajo consentimiento informado.
 - Con la capacidad de poder acudir a la intervención educativa.
 - Sin discapacidad sensorial (auditiva o visual) o motora (uso de sillas de ruedas).
- De no inclusión:
- Discapacidad física o mental que impida proporcionar la información.
 - Que no respondan en la totalidad los instrumentos y la hoja de recolección de datos.
- De eliminación:
- Que no acudan al 100% de la intervención educativa.

PROCEDIMIENTO PARA INTEGRAR LA MUESTRA

Los investigadores del protocolo, en las salas de espera y los pasillos de la Unidad de Medicina Familiar número 94, identificaron a adultos mayores (personas de 60 o más años de edad) por medio por medio del Carnet Institucional de Citas Médicas, a los cuales se le preguntó por entrevista directa los criterios para síndrome de caídas, al ser positivos, se realizó una atenta invitación a participar en el estudio, explicando de manera detallada en qué consistía, su manera de participar, riesgos, beneficios y la confidencialidad de los datos, al aceptar participar se procedió al llenado del consentimiento informado, y se refuerza de manera clara y concisa con lenguaje entendible para el paciente en qué consistía el estudio y su participación en el mismo, dejando un momento para disipar dudas o comentarios, posteriormente se procedió a recabar los datos sociodemográficos y aplicar el cuestionario de calidad de vida de la Organización Mundial de la Salud, y se concertó una cita según el programa de la intervención educativa. Una vez que acudían a la intervención educativa, en la última sesión se procedió a aplicar de nuevo el instrumento.

Procesamiento de los datos

Ya recolectada la información se creó una base de datos con ayuda del programa estadístico SPSS, después se realizó un análisis estadístico para posteriormente emitir los resultados y conclusiones que derivaron. El comportamiento de las variables será presentado mediante cuadros y gráficos.

Análisis estadístico

Se aplicó la prueba estadística Chi cuadrada con bondad de ajuste para la variable en estudio; y el comportamiento de las variables se presentarán en tablas y gráficos.

Tipo de muestreo

No probabilístico por conveniencia.

INSTRUMENTO DE MEDICION

El WHOQOL-100 permite la evaluación detallada de cada faceta individual relacionada con la calidad de vida. Sin embargo, en ciertos casos, el WHOQOL-100 puede ser demasiado largo para el uso práctico. Por lo tanto, la versión de prueba de campo de WHOQOL BREF ha sido desarrollada para proporcionar una evaluación corta de la calidad de vida que analiza los perfiles a nivel de dominio, utilizando datos de la evaluación piloto de WHOQOL y todos los datos disponibles de la versión de prueba de campo de la WHOQOL-100.

Veinte centros de campo ubicados dentro de dieciocho países han incluido datos para estos fines. El WHOQOL-BREF contiene un total de 26 preguntas. Para proporcionar una evaluación amplia y completa, se ha incluido un elemento de cada una de las 24 facetas contenidas en el WHOQOL-100. Además, se han incluido dos elementos de la faceta Calidad de vida general y Salud general. El WHOQOL-BREF está disponible en 19 idiomas diferentes.

El WHOQOL-BREF produce un perfil de calidad de vida. Es posible derivar cuatro puntuaciones de dominio. También se examinan por separado dos elementos: la pregunta 1 se refiere a la percepción general de la calidad de vida de una persona y la pregunta 2 se refiere a la percepción general de su salud de una persona. Los cuatro puntajes de dominio denotan una percepción individual de la calidad de vida en cada dominio en particular. Las puntuaciones de dominio se escalan en una dirección positiva, es decir, las puntuaciones más altas denotan una mayor calidad de vida. La puntuación media de los elementos dentro de cada dominio se utiliza para calcular la puntuación del dominio. Las puntuaciones medias se multiplican por 4 para que las puntuaciones de dominio sean comparables con las puntuaciones utilizadas en el WHOQOL-100. (Anexo 1).

PROGRAMA DE TRABAJO

Durante el primer año de la residencia se llevó a cabo el seminario de investigación y se seleccionó el tema para la investigación, posteriormente se realizó el anteproyecto con búsqueda bibliográfica, marco teórico y la selección del instrumento de estudio. En el segundo año, se busca la aprobación por el CLIS 3511, para proceder a la aplicación del instrumento de estudio y de la actividad educativa, posteriormente se obtuvieron y analizaron los resultados, se realizaron tablas y gráficas, se realizaron las conclusiones y se entregó al asesor (anexo 4).

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Los datos por recolectar serán en un formato expofeso, el cual obtiene información sociodemográfica (género, edad, ocupación, escolaridad, estado civil y ocupación); además el cuestionario de calidad de vida de la Organización Mundial de la Salud, antes y después de la actividad educativa (anexo 2).

RECURSOS

Humanos: investigadores involucrados.

Físicos: instalaciones de la UMF No. 94 IMSS.

Materiales: fotocopias, plumas, lápices, plumas y hojas blancas.

Tecnológicos: equipo de cómputo.

Financieros: aportados por el investigador.

DIFUSIÓN DEL ESTUDIO

El presente trabajo se proyectará como sesión médica de la unidad, así como envío a editorial indizada.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Este proyecto se apega a lo establecido en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, artículo 4to, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 6 de abril de 1990. El reglamento de la ley general de salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación, el 6 de enero de 1987.

El acuerdo por el cual se crea la comisión interinstitucional de investigación en Salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 19 de octubre de 1983.

El acuerdo por el que se dispone el establecimiento de coordinaciones de proyectos prioritarios de salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 24 de octubre de 1984. La declaración de Helsinki de 1964 y sus modificaciones de Tokio en 1975, Venecia en 1983 y Hong Kong en 1989. El manual de Organización y Operación del Fondo para el Fomento de la Investigación Médica. Esta investigación por las características que presenta de no utilizar métodos invasivos o que afecten la integridad del individuo se puede clasificar como de riesgo bajo.

Se informará a las autoridades de la unidad, donde se llevará a cabo el estudio y los resultados encontrados se mantendrán en forma confidencial para uso exclusivo del departamento de enseñanza e Investigación de la UMF No. 94 del IMSS de la Ciudad de México.

Riesgo de la investigación

El estudio se encuentra regido por los lineamientos internacionales de buenas prácticas clínicas, lineamientos nacionales bajo la supervisión de la comisión federal para la protección contra riesgos sanitarios (COFEPRIS), así como las reglas internas institucionales. Se contempla con un riesgo mínimo, debido a que es un cuasi experimento que se basa en la aplicación de cuestionarios y acudir a sesiones educativas.

Contribuciones y beneficios del estudio para los participantes y la sociedad en su conjunto

Este estudio pretende otorgar herramientas que mejoren la manera de vivir en adultos mayores con síndrome de caídas, por medio de un programa educativo, a fin de que realicen acciones anticipativas; además, de mostrar a los profesionales de la salud un modelo de educar a este tipo de población vulnerable.

Confidencialidad

De acuerdo con las normas nacionales e internacionales, los registros deberán ser anónimos, es decir se establecerá un folio para identificar los datos de los participantes.

Condiciones para el consentimiento informado

Los términos para la participación se plasman en lenguaje coloquial en el consentimiento informado (anexo 3), lo cual explicará el investigador, guiado por el documento hasta cerciorarse que el participante y los testigos han entendido cabalmente lo que se les ha explicado. El paciente será invitado a participar de manera voluntaria en el estudio y deberá de entender que puede acceder o no; asimismo, que puede seguir o salir del estudio en el momento que él lo desee con la seguridad de que no tendrá represión alguna en el instituto, además de que se les explicará que los investigadores no forman parte de la atención médica que recibe en el instituto.

Forma de selección de los participantes

En salas de espera de la UMF número 94 del IMSS, en cumplimiento con los aspectos mencionados, cualquier adulto mayor que tenga síndrome de caídas será susceptible de participar en el protocolo de investigación, previo consentimiento informado con firma del paciente o del representante legal y con firma de los testigos.

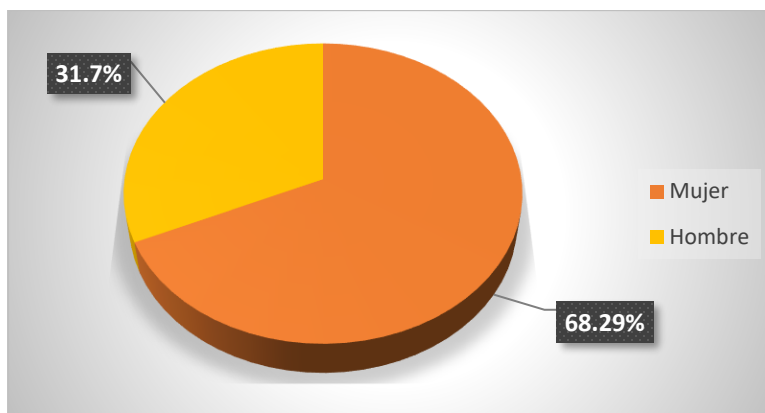
Balance riesgo beneficio

El estudio no representa ningún riesgo para los participantes, por otra parte, pueden tener el beneficio de recibir una orientación general del síndrome de caídas, orientando respecto a los factores de riesgo individuales, para su modificación, lo cual puede permitir implementar actividades preventivas para mejorar su calidad de vida y evitar la aparición de complicaciones.

RESULTADOS

Con un total de 41 participantes (adultos mayores con síndrome de caídas), el 68.29% fueron mujeres y 31.7% hombres (gráfico 1).

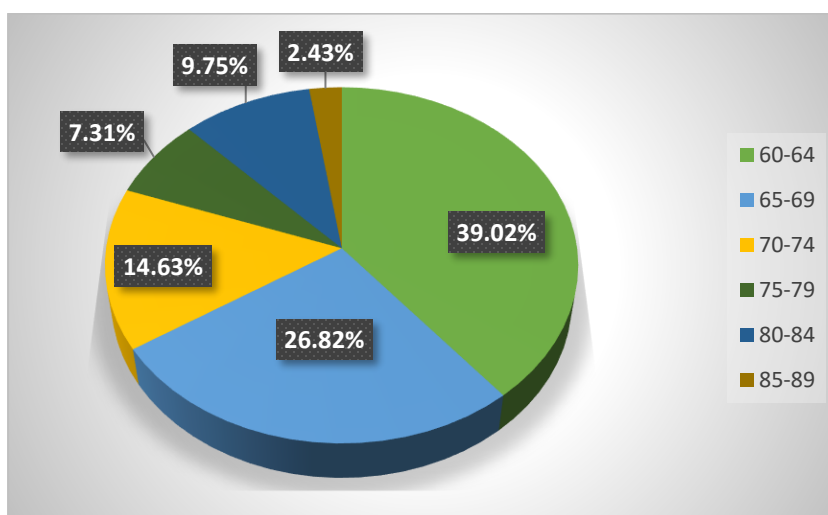
Gráfico 1. Porcentaje de género en adultos mayores con síndrome de caídas.



Fuente: hoja de recolección de datos aplicada a adultos mayores con síndrome de caídas en la UMF No. 94 del IMSS, septiembre del 2018.

Respecto a la edad, el 39.02% resultó en el rango de los 60 a los 64 años, seguido por 26.82% de los 65 a los 69 años, 14.63% de los 70 a los 74, 7.31% de los 75 a 79 años, 9.75% de 80 a 84 años y 2.43% de los 85 a 89 años (gráfico 2).

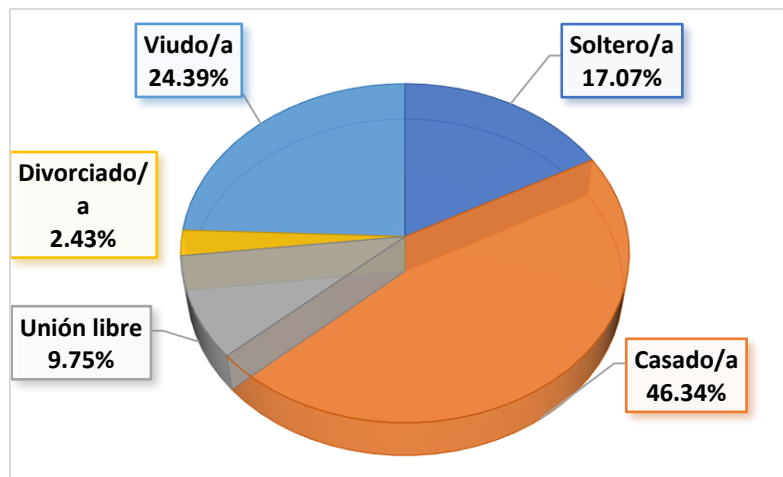
Gráfico 2. Porcentajes de los rangos de edad de adultos mayores con síndrome de caídas.



Fuente: hoja de recolección de datos aplicada a adultos mayores con síndrome de caídas en la UMF No. 94 del IMSS, septiembre del 2018.

De acuerdo con el estado civil, 46.34% fueron casados, seguido por 24.39% en viudez, unión libre con 9.75% y divorciados en 2.43% (gráfico 3).

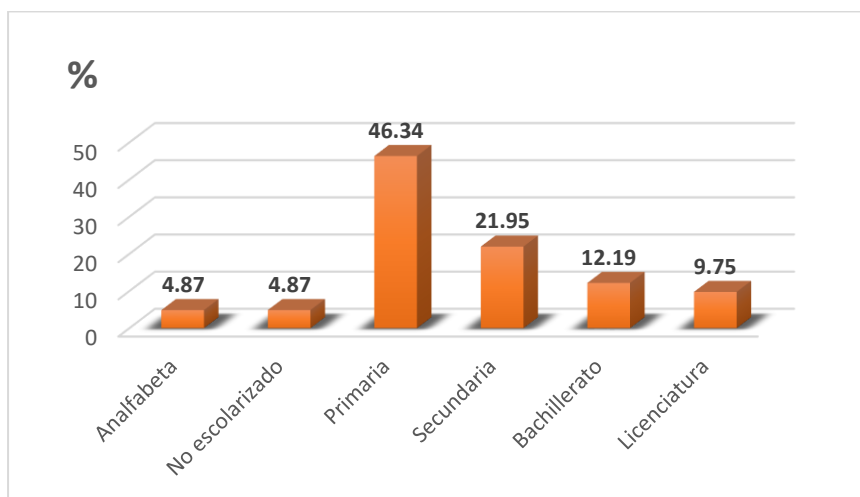
Gráfico 3. Porcentajes del estado civil en adultos mayores con síndrome de caídas.



Fuente: hoja de recolección de datos aplicada a adultos mayores con síndrome de caídas en la UMF No. 94 del IMSS, septiembre del 2018.

En cuanto a la escolaridad, el 46.34% resultó con educación primaria, seguido por 21.95% con secundaria, el 12.19% con bachillerato, 9.75% con licenciatura, 4.87% de analfabetas y educación no escolarizada y ningún participante con posgrado (gráfico 4).

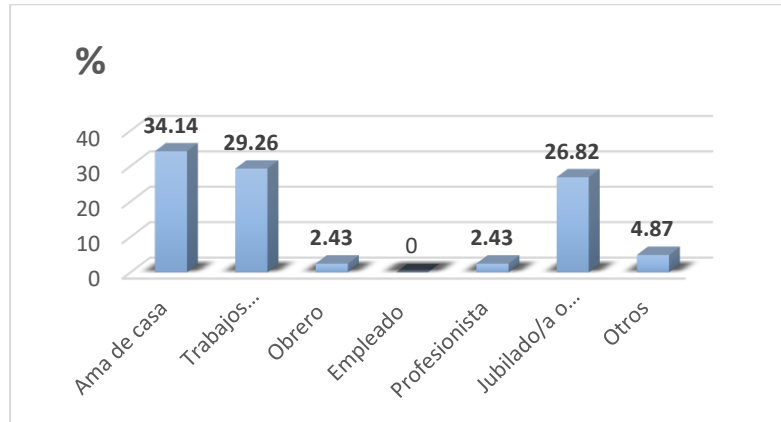
Gráfico 4. Porcentajes de escolaridades en adultos mayores con síndrome de caídas.



Fuente: hoja de recolección de datos aplicada a adultos mayores con síndrome de caídas en la UMF No. 94 del IMSS, septiembre del 2018.

De acuerdo con la ocupación, 34.14% fueron amas de casa, seguido por el 29.26% con trabajos menores o informales, el 26.82% fueron jubilados o pensionados, el 4.86% refirieron otra ocupación, el 2.43% resultaron obreros y también profesionistas, respectivamente, y ningún participante refirió ser empleado (gráfico 5).

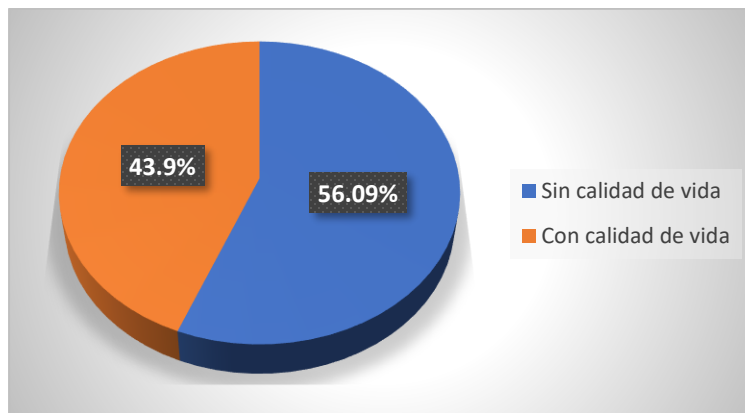
Gráfico 5. Porcentajes de ocupación en adultos mayores con síndrome de caídas.



Fuente: hoja de recolección de datos aplicada a adultos mayores con síndrome de caídas en la UMF No. 94 del IMSS, septiembre del 2018.

En cuanto a la calidad de vida, previo al programa educativo, el 56.09% resultó sin calidad de vida y el 43.9% con calidad de vida (gráfico 6).

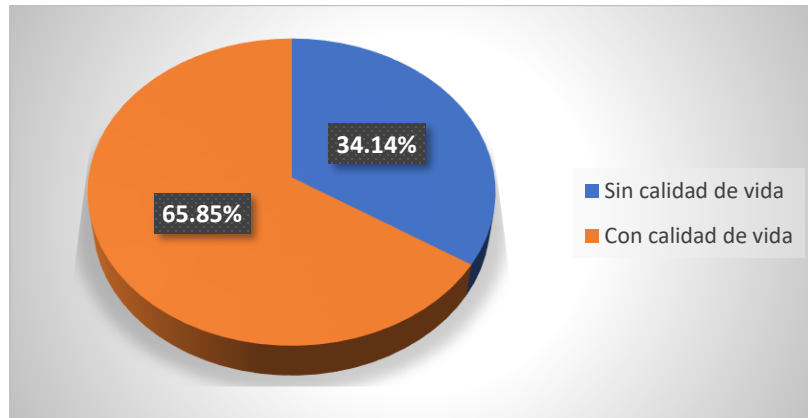
Gráfico 6. Tipo de calidad de vida previo a una intervención educativa en adultos mayores con síndrome de caídas.



Fuente: cuestionario de calidad de vida de la Organización Mundial de la Salud aplicada a adultos mayores con síndrome de caídas en la UMF no. 94 del IMSS, septiembre del 2018.

Posterior a la intervención, con calidad de vida resultó en 65.85% y sin calidad de vida en 34.14%% (gráfico 7).

Gráfico 7. Tipo de calidad de vida posterior a una intervención educativa en adultos mayores con síndrome de caídas.



Fuente: cuestionario de calidad de vida de la Organización Mundial de la Salud aplicada a adultos mayores con síndrome de caídas en la UMF no. 94 del IMSS, septiembre del 2018.

De acuerdo con la prueba estadística chi cuadrado, se analizaron los resultados del tipo de calidad de vida previo y posterior a una intervención educativa en adultos mayores con síndrome de caídas, con un nivel de significancia del 0.05 se obtuvo un valor de chi cuadrada de 3.9892, con un valor de P de 0.045793 (tabla 1).

Tabla 1.

	previo	posterior	Totales de la fila marginal
sin calidad	23 (18.5) [1.09]	14 (18.5) [1.09]	37
con calidad	18 (22.5) [0.9]	27 (22.5) [0.9]	45
<i>Totales de la columna marginal</i>	41	41	82 (total general)

La estadística de chi-cuadrado es 3.9892. El valor p es .045793. Este resultado es significativo en $p < .05$.

ANALISIS DE RESULTADOS

Prácticamente dos terceras partes de la población en estudio es del género femenino, situación que concuerda con las estadísticas poblacionales de la presente unidad médica del primer nivel, la cual tiene registro de hasta un 70% de mujeres derechohabientes; además, estos casos de éste género con síndrome de caídas es congruente con datos de la OMS, quienes mencionan que los adultos mayores hombres son el género que sufre en su mayoría caídas mortales, y las mujeres caídas no mortales, además como lo menciona la literatura, un factor de riesgo para sufrir una caída es ser mujer.

El grupo de edad predominante de adultos mayores con síndrome de caídas del estudio fue de los 60 a 64 años, en términos globales y datos de la organización mundial de la salud, las personas que con mayor frecuencia caen son aquellas que están por arriba de los 60 años, y menores de 65 años, una situación que deja muy clara la vulnerabilidad en este grupo etario, y que permite focalizar los esfuerzos preventivos en esta edad.

Casi la mitad de los participantes fueron los casados y en segundo lugar los viudos, permitiendo observar que este síndrome de caídas es el resultado de una combinación de factores de riesgo intrínsecos y extrínsecos; por una parte, aunque hay compañía se caen, y los que ya no cuentan con pareja puede ser que tengan una mala red de apoyo familiar o en algunos casos se encuentran viviendo solos, siendo este un factor de riesgo muy importante para sufrir una caída.

El nivel de escolaridad que predominó fue el nivel básico, casi la mitad solo tienen estudios hasta la primaria; evidenciando una baja escolaridad en general, un factor ya descrito para múltiples padecimientos sociales, y en este caso, un claro factor de riesgo en estos adultos mayores con síndrome de caídas, además de influir de manera directa en otros factores educacionales, incluso en acudir oportunamente a recibir atención.

En este sentido, la mayoría de la muestra resultó dedicarse al hogar, congruente con el género predominante (mujeres) de la investigación; al encontrarse en casa y al disminuir su capacidad para realizar actividades instrumentales, puede ser un factor que predispone a

sufrir una caída, ya que la literatura menciona que la mayoría de las caídas en las mujeres ocurre en la casa, y en hombres, en la vía pública.

La calidad de vida que predominó al aplicar el instrumento a los adultos mayores con síndrome de caídas previo a la intervención educativa sin calidad de vida en poco más de los participantes, una situación que evidencia esa percepción de vivir en malas condiciones generales en estos casos, donde las alteraciones de la marcha y estabilidad, además de otras comorbilidades, merman la vida diaria; cabe mencionar que ningún caso contaba con el diagnóstico de síndrome de caídas, dejando muy claro que es un padecimiento subdiagnosticado, y por lo tanto, no reciben una adecuada educación, atención y rehabilitación, afectando de manera negativa en su calidad de vida.

Posterior a la intervención educativa dos terceras partes terminaron en la categoría con calidad de vida, un reflejo del impacto de conocer los factores de riesgo que propician que este grupo vulnerable caiga, sobre todo que comprendieron determinantes modificables, principalmente en el hogar; un empoderamiento del conocimiento que a esta edad es fundamental como prevención terciaria.

CONCLUSIONES

La prueba estadística obtuvo un valor de p menor de 0.05, por lo que rechazamos la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de trabajo, concluyendo que existe un impacto positivo en la calidad de vida de los adultos mayores con síndrome de caídas posterior a una intervención educativa.

RECOMENDACIONES

Debido a las implicaciones globales que esta entidad conlleva en los adultos mayores, sus familias y sociedad, el subdiagnóstico le resta importancia, y con esto, que no se realicen acciones de intervención, por lo que es imprescindible que los médicos de primer contacto en todo adulto mayor, sobre todo en mujeres amas de casa con escolaridad básica, se

realicen tamizajes con criterios estandarizados y con escalas sensibles respecto a la investigación del síndrome de caídas y de la manera de como perciben vivir la vida.

Al ser un problema vulnerable a acciones preventivas, como se observó en el presente estudio, dado el impacto significativo en la calidad de vida por medio de la propuesta educativa, se propone que se estandarice esta intervención a todo adulto mayor, a fin de que este grupo etario conozca la enfermedad e impactar de manera positiva en su calidad de vida, disminuyendo así los costos en los servicios de salud para el tratamiento del propio padecimiento, las secuelas que puedan presentar y las posibles recaídas.

Se proponen líneas de investigación que consideren otras variables útiles en nuestro medio, sobre todo en los casos que resultaron con mala calidad de vida, a pesar de recibir intervenciones educativas, como puede ser el incluir el medir aspectos cognitivos en el adulto mayor que sean determinantes del proceso de aprendizaje, aplicar instrumentos que investiguen la dinámica de la familia, y en casos específicos en el subsistema conyugal para quienes tienen pareja o en el sistema peronto-filiar quienes tienen hijos, y en aquellos adultos mayores solos sus redes de apoyo.

Incluso considerar un estudio multicéntrico con todas las instituciones de salud, ya que no se conoce la magnitud exacta de esta importante entidad, dejando muy claro que la prevención es la principal herramienta del médico de primer contacto, lo cual no requiere de grandes costos y es de fácil aplicabilidad en este grupo de pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Han BH, Ferris R, Blaum C. Exploring Ethnic and Racial Differences in Falls Among Older Adults. *J Community Health*. 2014; 39:1241-1247.
2. WHO. Envejecimiento (internet). (citado mayo 2017). Disponible en: <https://www.who.int/topics/ageing/es/>.
3. Valoración geriátrica integral en unidades de atención médica. Guía de Evidencias y Recomendaciones: Guía de Práctica Clínica. México, CENETEC; 2018. Disponible en: <http://www.cenetecdifusion.com/CMGPC/GPC-IMSS-190-18/ER.pdf>
4. Rodríguez JR, Zas V, Silva E. Evaluación geriátrica integral, importancia, ventajas y beneficios en el manejo del adulto mayor. *Panorama Cuba y Salud*. 2014; 9 (1): 35-41.
5. Kenny R, Romero R, Kumar P. Falls in older adults. *Medicine*. 2016;45:1-12.
6. WHO. Caídas (internet). (citado 2018 enero 16). Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/falls>.
7. Cisneros V, Carmona B, Domínguez N. Eficacia de la plataforma Cobs en trastornos de equilibrio, postura y marcha del adulto mayor. *Revista Cubana de Medicina Física y Rehabilitación*. 2015;7(1):42-54.
8. Acosta CO, Vales JJ, Echeverría SB. Confiabilidad y validez del Cuestionario de Calidad de Vida (WHOQOL-OLD) en adultos mayores mexicanos. *Psicología y Salud*. 2013;23 (2):241-250.
9. Lavedan A, Jürschik P, Botigue T. Prevalencia y factores asociados a caídas en adultos mayores que viven en la comunidad. *Aten Primaria*. 2015; 47 (6): 367-375.
10. Pantaley C. ¿El ejercicio físico es un factor protector para sufrir una caída en el adulto mayor? *IntraMed Journal*. 2015;5(2).
11. Prevención de Caídas en el Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención México: Secretaría de Salud; 2008. Disponible en: <http://www.cenetecdifusion.com/CMGPC/ISSSTE-134-08/ER.pdf>.
12. Aliaga E, Cuba S, Mar M. Promoción de la salud y prevención de las enfermedades para un envejecimiento activo y con calidad de vida. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2016; 33(2):311-320.

13. Fu A, Gao K, Tung A. Effectiveness of exergaming training in reducing risk and incidence of falls in frail older adults with a history of falls. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 2015;96:2096-2102.
14. González Martínez, J.M. *Geriatría*. México: Mc Graw Hill; 2009:93.
15. Del Valle A, Hechavarria NR, Cruz V. Resultados de un programa de ejercicios de equilibrio para adultos mayores. *Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta*. 2017;42(3).
16. Faul M, Stevens J, Sasser S. Older adult falls seen by emergency medical service providers a prevention opportunity. *Prev Med*. 2016; 50(6):719-726.
17. Roman T, Cambier D. Understanding the relationship between walking aids and falls in older adults: A prospective cohort study. *J Geriatr Phys Ther*. 2015 ;38(3):127-132.
18. Mihaljcic T, Haines T, Ponsford J. Investigating the relationship between reduced self-awareness of falls risk, rehabilitation engagement and falls in older adults. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2017;69:38-44.
19. Van Ooijen M, Roerdink M, Trekop M. The efficacy of treadmill training with and without projected visual context for improving walking ability and reducing fall incidence and fear of falling in older adults with fall-related hip fracture: a randomized controlled trial. *BMC Geriatrics*. 2016;16:215.
20. Chalapud LM, Escobar A. Actividad física para mejorar fuerza y equilibrio en el adulto mayor. *Rev Univ. Salud*. 2017; 19(1):94-101.
21. Van Schooten KS, Pijnappels M, Rispens SM. Ambulatory Fall-Risk Assessment: Amount and Quality of Daily-Life Gait Predict Falls in Older Adults. *Journals of Gerontology: Medical Sciences*. 2015;70(5):608-615.
22. Verghese J, Wang C, Ayers E. Brain activation in high-functioning older adults and falls Prospective cohort study. *Neurology*. 2017;88:191-197.

ANEXOS

ANEXO 1. INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN ESCALA DE CALIDAD DE VIDA WHOQOL-BREF

Instrucciones: Este cuestionario sirve para conocer su opinión acerca de su calidad de vida, su salud y otras áreas de su vida. Por favor conteste todas las preguntas. Si no está seguro/a de qué respuesta dar a una pregunta, escoja la que le parezca más apropiada. A veces, ésta puede ser la primera respuesta que le viene a la cabeza.

Tenga presente su modo de vivir, expectativas, placeres y preocupaciones. Le pedimos que piense en su vida durante las dos últimas semanas. Por ejemplo, pensando en las dos últimas semanas.

Rodee con un círculo el número que mejor defina cuánto apoyo obtuvo de otras personas en las dos últimas semanas.

		Muy mala	Mala	Ni buena ni mala	Buena	Muy buena
1.	¿Cómo calificaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5

		Muy insatisfecho/a	Poco satisfecho/a	Normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
2.	¿Cómo de satisfecho/a está con su salud?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia al grado en que ha experimentado ciertos hechos en las dos últimas semanas.

		Nada	Un poco	Normal	Bastante	Extremadamente
3.	¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?	1	2	3	4	5
4.	¿En qué grado necesita de un tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	1	2	3	4	5
5.	¿Cuánto disfruta de la vida?	1	2	3	4	5
6.	¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?	1	2	3	4	5
7.	¿Cuál es su capacidad de concentración?	1	2	3	4	5
8.	¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5
9.	¿Cómo de saludable es el ambiente físico a su alrededor?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a si usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las dos últimas semanas, y en qué medida.

		Nada	Un poco	Normal	Bastante	Totalmente
10.	¿Tiene energía suficiente para la vida diaria?	1	2	3	4	5
11.	¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	1	2	3	4	5
12.	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
13.	¿Dispone de la información que necesita para su vida diaria?	1	2	3	4	5
14.	¿Hasta qué punto tiene oportunidad de realizar actividades de ocio?	1	2	3	4	5
15.	¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a si en las dos últimas semanas ha sentido satisfecho/a y cuánto, en varios aspectos de su vida

		Muy insatisfecho/a	Poco	Normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
16.	¿Cómo de satisfecho/a está con su sueño?	1	2	3	4	5
17.	¿Cómo de satisfecho/a está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
18.	¿Cómo de satisfecho/a está con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5
19.	¿Cómo de satisfecho/a está de sí mismo?	1	2	3	4	5
20.	¿Cómo de satisfecho/a está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
21.	¿Cómo de satisfecho/a está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
22.	¿Cómo de satisfecho/a está con el apoyo que obtiene de sus amigos/as?	1	2	3	4	5
23.	¿Cómo de satisfecho/a está de las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
24.	¿Cómo de satisfecho/a está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	1	2	3	4	5
25.	¿Cómo de satisfecho/a está con los servicios de transporte de su zona?	1	2	3	4	5

La siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con que usted ha sentido o experimentado ciertos sentimientos en las dos últimas semanas.

		Nunca	Raramente	Moderadamente	Frecuentemente	Siempre
26.	¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, o depresión?	1	2	3	4	5

RESULTADOS

Calificación de Calidad de vida:

Muy mala: (1) ____, Mala: (2) ____, Ni buena ni mala: (3) ____, Buena: (4) ____, Muy buena: (5) __

Satisfacción con el estado de salud:

Muy insatisfecho: (1) ____, Insatisfecho: (2) ____, Ni satisfecho ni insatisfecho: (3) ____,

Satisfecho: (4) ____, Muy satisfecho: (5) __

Calificación y porcentaje de satisfacción de acuerdo con cada dominio evaluado.

	Ecuaciones para calcular puntajes de dominio	Puntaje =	Puntajes transformados 0-100(%)
Dominio 1 Salud física	$P3 + P4 + P10 + P15 + P16 + P17 + P18$		
Dominio 2 Salud psicológica	$P5 + P6 + P7 + P11 + P19 + P26$		
Dominio 3 Relaciones sociales	$P20 + P21 + P22$		
Dominio 4 Ambiente	$P8 + P9 + P12 + P13 + P14 + P23 + P24 + P25$		

P=Pregunta

ANEXO 2. HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES CON SINDROME DE CAIDAS POSTERIOR A UNA INTERVENCION EDUCATIVA

Folio: _____

Instrucciones: marque con una "X" según corresponda.

Este cuestionario de datos personales es anónimo y los datos obtenidos son confidenciales.

Género: hombre _____, mujer _____.

Edad: _____.

Estado civil: soltero _____, casado _____, unión libre _____, divorciado _____, viudo _____.

Escolaridad: analfabeta _____, primaria _____, secundaria _____, bachillerato _____, licenciatura _____, posgrado _____.

Ocupación: ama de casa _____, trabajos menores o informales _____, obrero _____, empleado _____, profesionista _____, jubilado o pensionado _____, otros _____.

ESCALA DE CALIDAD DE VIDA WHOQOL-BREF

Instrucciones: Este cuestionario sirve para conocer su opinión acerca de su calidad de vida, su salud y otras áreas de su vida. Por favor conteste todas las preguntas. Si no está seguro/a de qué respuesta dar a una pregunta, escoja la que le parezca más apropiada. A veces, ésta puede ser la primera respuesta que le viene a la cabeza.

Tenga presente su modo de vivir, expectativas, placeres y preocupaciones. Le pedimos que piense en su vida durante las dos últimas semanas. Por ejemplo, pensando en las dos últimas semanas.

Rodee con un círculo el número que mejor defina cuánto apoyo obtuvo de otras personas en las dos últimas semanas.

		Muy Mala	Mala	Ni buena ni mala	Buena	Muy buena
1.	¿Cómo calificaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5

		Muy insatisfecho/a	Insatisfecho/a	Ni insatisfecho ni satisfecho	Satisfecho/a	Muy Satisfecho/a
2.	¿Cómo de satisfecho/a está con su salud?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia al grado en que ha experimentado ciertos hechos en las dos últimas semanas.

		Nada	Un poco	Normal	Bastante	Extremadamente
3.	¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?	1	2	3	4	5
4.	¿En qué grado necesita de un tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	1	2	3	4	5
5.	¿Cuánto disfruta de la vida?	1	2	3	4	5
6.	¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?	1	2	3	4	5
7.	¿Cuál es su capacidad de concentración?	1	2	3	4	5
8.	¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5
9.	¿Cómo de saludable es el ambiente físico a su alrededor?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a si usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las dos últimas semanas, y en qué medida.

		Nada	Un poco	Normal	Bastante	Totalmente
10.	¿Tiene energía suficiente para la vida diaria?	1	2	3	4	5
11.	¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	1	2	3	4	5
12.	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
13.	¿Dispone de la información que necesita para su vida diaria?	1	2	3	4	5
14.	¿Hasta qué punto tiene oportunidad de realizar actividades de ocio?	1	2	3	4	5
15.	¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a si en las dos últimas semanas ha sentido satisfecho/a y cuánto, en varios aspectos de su vida

		Muy insatisfecho/a	Insatisfecho/a	Normal	Satisfecho/a	Muy satisfecho/a
16.	¿Cómo de satisfecho/a está con su sueño?	1	2	3	4	5
17.	¿Cómo de satisfecho/a está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5

18.	¿Cómo de satisfecho/a está con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5
19.	¿Cómo de satisfecho/a está de sí mismo?	1	2	3	4	5
20.	¿Cómo de satisfecho/a está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
21.	¿Cómo de satisfecho/a está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
22.	¿Cómo de satisfecho/a está con el apoyo que obtiene de sus amigos/as?	1	2	3	4	5
23.	¿Cómo de satisfecho/a está de las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
24.	¿Cómo de satisfecho/a está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	1	2	3	4	5
25.	¿Cómo de satisfecho/a está con los servicios de transporte de su zona?	1	2	3	4	5

La siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con que usted ha sentido o experimentado ciertos sentimientos en las dos últimas semanas.

		Nunca	Raramente	Moderadamente	Frecuentemente	Siempre
26.	¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, o depresión?	1	2	3	4	5

Calificación de Calidad de vida:

Muy mala: (1) ____, Mala: (2) ____, Ni buena ni mala: (3) ____, Buena: (4) ____, Muy buena: (5) __

Satisfacción con el estado de salud:

Muy insatisfecho: (1) ____, Insatisfecho: (2) ____, Ni satisfecho ni insatisfecho: (3) ____,

Satisfecho: (4) ____, Muy satisfecho: (5) __

Calificación y porcentaje de satisfacción de acuerdo con cada dominio evaluado.

	Ecuaciones para calcular puntajes de dominio	Puntaje =	Puntajes transformados 0-100(%)
Dominio 1 Salud física	$P3 + P4 + P10 + P15 + P16 + P17 + P18$		
Dominio 2 Salud psicológica	$P5 + P6 + P7 + P11 + P19 + P26$		
Dominio 3 Relaciones sociales	$P20 + P21 + P22$		
Dominio 4 Ambiente	$P8 + P9 + P12 + P13 + P14 + P23 + P24 + P25$		

P=Pregunta

ANEXO 3. 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:	Calidad de vida en adultos mayores con síndrome de caídas posterior a una intervención educativa
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	Ciudad de México, Unidad de Medicina Familiar No. 94, a ____ de Julio del 2019.
Número de registro:	Sin registro
Justificación y objetivo del estudio:	El envejecimiento poblacional es una situación muy importante en nuestro país, el aumento en el número de personas con 60 o más años de edad es preocupante, ya que son un grupo vulnerable desde el punto de vista de la salud, la familia y la sociedad; uno de los graves problemas que enfrentan son las caídas no intencionales, una causa común de enfermedad y muerte, ya que pueden disminuir el estado funcional, y con esto la manera de percibir vivir la vida; los médicos de primer contacto deben identificar este grave problema, sus consecuencias y realizar acciones educativas que disminuyan los riesgos de caer. El objetivo del estudio es determinar el impacto en la calidad de vida en adultos mayores con síndrome de caídas posterior a una intervención educativa.
Procedimientos:	La participación consistirá en llenado de un cuestionario de datos generales, responder en dos ocasiones un instrumento que investiga la manera de percibir vivir la vida, además de acudir a una intervención educativa que consiste en dos sesiones de dos horas cada una en la que se estudiará el tema de las caídas.
Posibles riesgos y molestias:	Tiempo invertido para contestar el cuestionario, el instrumento y acudir a las dos sesiones educativas.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Recibir orientación respecto a la manera en que perciben vivir la vida, sobre todo en las acciones que pueden mejorar las dimensiones que peor califiquen; asimismo, recibir educación de los riesgos relacionados con las caídas, a fin de implementar medidas preventivas.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Los investigadores se han comprometido a darme información oportuna sobre mi síndrome de caídas y el impacto que estas tienen en mi calidad de vida, así como responderme cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevaran a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación.
Participación o retiro	Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el Instituto Mexicano del Seguro Social.
Privacidad y confidencialidad:	No se identificará el nombre de los participantes en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán tratados de forma confidencial en caso de que el trabajo sea publicado.
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	Canalizar al médico familiar en caso de hallazgos anormales, para ser atendidos por servicios de apoyo en caso necesario.
Beneficios al término del estudio:	Ofrecer un panorama general de la manera en que perciben vivir la vida un grupo de adultos mayores con síndrome de caídas adscritos a una unidad médica de la zona norte de la Ciudad de México; y mostrar la posible efectividad de una intervención educativa que impacte en esta percepción de la vida.
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	Dr. Rodrigo Villaseñor Hidalgo, Matrícula: 99366361, teléfono: 5767 27 99, extensión: 21407, correo electrónico: rodriguin60@hotmail.com
Colaboradores:	Dr. Salvador Sánchez Herrera, Matrícula 97361955, teléfono: 5583067056, correo electrónico: salvatore19@hotmail.com
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a:	Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del sujeto

Testigo 1

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

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

Clave: 2810-009-013

ANEXO 4. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES CON SINDROME DE CAIDAS POSTERIOR A UNA INTERVENCION EDUCATIVA

Actividades	MES (año)	JUNIO 2018	JULIO 2018	AGOSTO 2018	SEPTIEMBRE 2018	OCTUBRE 2018	NOVIEMBRE 2018
Elaboración del Protocolo	P	P					
	R	R					
Selección del Instrumento	P		P				
	R		R				
Elaboración de la hoja de recolección de datos	P		P				
	R		R				
Presentación al CLIEIS para registro de protocolo	P			P			
	R			R			
Recolección de la información	P				P		
	R				R		
Elaboración de la base de datos	P					P	
	R					R	
Captura de la información	P					P	
	R					R	
Procesamiento de Datos	P					P	
	R					R	
Análisis de los Resultados	P						P
	R						R
Elaboración del escrito científico	P						P
	R						R

P = Programado

R = Realizado

ANEXO 5. PROGRAMA EDUCATIVO



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 94**

PROGRAMA DE LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA

**PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN ADULTOS
MAYORES**
CURSO

DR. SALVADOR SÁNCHEZ HERRERA
TITULAR DE LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA

DR. RODRIGO VILLASEÑOR HIDLAGO
ADJUNTO DE LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA

JULIO DE 2019

INDICE

Página

Presentación.....	2
Introducción.....	2
Primera Sesión.....	3
Segunda Sesión.....	5
Bibliografía.....	7
Carta descriptiva.....	8

PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN ADULTOS MAYORES

Presentación

Lugar sede: Unidad de Medicina Familiar No. 94 "San Juan de Aragón", Ciudad de México.

Área: Auditorio de la unidad médica (segundo piso).

Horario: 10:00 a 12:00 horas.

Días: 22 y 26 de julio del 2019.

Profesor titular: Dr. Salvador Sánchez Herrera.

Dirigido a: Adultos mayores de 60 años.

Requisitos de ingreso: Hombres y mujeres adultos mayores de 60 años adscritos a la U.M.F. 94 del I.M.S.S.

Introducción

Las caídas no intencionales en adultos mayores son una causa importante y frecuente de morbilidad y mortalidad, ya que se asocian a una disminución del estado funcional, y discapacidad secundaria.

Cada año, aproximadamente un tercio de las personas mayores de 65 años presentan al menos una caída; de estos pacientes, del 10 al 15% sufre lesiones graves o incluso la muerte.

Las causas de una caída en adultos mayores son el resultado de una compleja interacción entre factores propios de la persona, tanto el comportamiento y las características físicas, como el entorno en el que se encuentra.

La prevalencia de síndrome de caídas, por su denominación, es variable de acuerdo a características como la edad, su fragilidad y su entorno; aunque muchas de las caídas que suceden en la población se identifican un factor precipitante, la mayoría de estos eventos están motivados por la asociación de distintas causas. La mayoría de los estudios revisados concuerdan en que la interrelación subjetiva de cada factor de riesgo difiere según el estado de salud individual agregado, la situación funcional del adulto mayor y las características del entorno que lo rodea.

La evaluación del riesgo de caídas en la actividad clínica se basa en cuestionarios o pruebas funcionales. Los cuestionarios son con frecuencia cualitativos y no son tan específicos por la historia de la caída; mientras que las pruebas funcionales, son objetivas, pero parecen carecer de capacidad de especificidad y sensibilidad en poblaciones relativamente saludables. Un método prometedor para evaluar el riesgo de caída es la evaluación de la dinámica de la marcha.

En general, se recomienda la actividad física como medida prevención de caídas para aumentar la capacidad física y reducir el riesgo de caídas. Aunque se ha

demostrado que un aumento en la actividad física disminuye el riesgo de sufrir caídas en los adultos mayores, se pasa por alto que aumenta el riesgo de caídas en la población más frágil. Como consecuencia, podemos afirmar que la cantidad de actividad física refleja la exposición a peligros ambientales relacionados con las tareas, la mayoría de las evaluaciones no toman en cuenta este riesgo extrínseco de caída. La exposición a los peligros ambientales, tales como desniveles en el plano de sustentación, alfombras, mascotas, entre otras características del medio ambiente, sólo se puede investigar en la vida cotidiana.

Primera sesión

22 de Julio del 2019

Encuadre

Posterior a la aplicación del instrumento de evaluación (otorgando 15 minutos), se facilitará el ambiente de aprendizaje, atraerá la atención e interés de los participantes y propiciará una comunicación agradable entre ellos, y se procede con lo siguiente:

1. Presentar el objetivo general del curso y los específicos de la primera sesión.
 - General.
 - Adquirir los conocimientos básicos sobre factores de riesgo en adultos mayores para el síndrome de caídas.
 - Específicos de la sesión.
 - Presentar a las autoridades implicadas en la logística del curso.
 - Presentar a los participantes del curso.
 - Aplicar el cuestionario diagnóstico.
 - Definir el contexto, las expectativas, objetivos, propósito, compromisos, responsabilidades, técnicas didácticas y manera de trabajo.
 - Identificar el contenido de las unidades y el proceso de evaluación del curso.
 - Describir qué es y cómo identificar factores de riesgo y para qué un adulto mayor sufra síndrome de caídas.

2. Iniciar la experiencia de capacitación.
 - Realizar la primera evaluación con el instrumento de medición seleccionado.
 - Se inicia la sesión con una discusión dirigida e interactiva de las expectativas del curso.
 - Posteriormente se iniciará con la introducción al curso y a proyectar la presentación con la información que concierne a la unidad.
 - Exposición titulada: Unidad 1. Síndrome de caídas, un problema real, diapositivas de la 1 a la 14 con la resolución de las siguientes interrogantes:

- **¿Qué es el síndrome de caídas?**
 - **¿A quién afecta el síndrome de caídas?**
 - **¿Cuáles son las causas del síndrome de caídas?**
 - Material de apoyo: proyector de imágenes y computadora personal con el programa Power Point de Microsoft.
3. Al término de la proyección, se trabajan las reflexiones.
 - El titular guiará la discusión de la información proyectada.
 - Los participantes discuten y llegan a una conclusión que comparten con el resto del grupo.
 - Los participantes reciben retroalimentación de sus compañeros y del titular del curso sobre las reflexiones.
 4. Discutir lo que se aprendió en relación con el tema.
 - Los participantes identifican los puntos clave que se hicieron evidentes a partir de la discusión.
 - El titular guía a los participantes para llegar a conclusiones generales.
 5. Análisis de aplicar lo aprendido.
 - El grupo discutirá acerca de los conocimientos adquiridos, respecto a la consolidación de las habilidades que les serán útiles para la vida diaria.
 - Los participantes discuten problemas que pueden evitar al aplicar los conocimientos y habilidades aprendidas.
 6. Para finalizar la sesión.
 - Resumir de manera práctica lo aprendido en la sesión.
 - Valorar el cumplimiento de los objetivos.
 - Discutir qué más les gustaría conocer y aprender sobre el tema.
 - Proveer o sugerir algún material de lectura.
 - Tener la seguridad de que los participantes se van motivados por la sesión.
 - Recordar cuál será el tema siguiente, fecha y hora de la sesión.
 - Agradecer su atención y entusiasmo.

Segunda Sesión

26 de Julio del 2019

1. Presentar los objetivos específicos de la segunda sesión.
 - Específicos
 - Como reconocer a un paciente con síndrome de caídas.
 - Comprender algunas medidas para su prevención antes y después de una caída.
 - Cuál es el pronóstico y que impacto tiene en la calidad de vida.
2. Iniciar con la actividad académica.
 - Los participantes "exponen una experiencia" relacionada con los contenidos de esa sesión.
 - Posteriormente se proyecta una presentación digital con la información que concierne a la unidad 2.

- Exposición titulada: Unidad 2. Diagnóstico, tratamiento y prevención de síndrome de caídas (diapositivas de la 15 a la 21) con la resolución de las siguientes interrogantes:
 - **¿Cómo saber identificar a un adulto mayor con síndrome de caídas?**
 - **¿Cuáles son las medidas preventivas en un paciente antes de sufrir una caída?**
 - **¿Cuáles son las medidas preventivas en un paciente después de sufrir una caída?**
 - **¿Cuál es el impacto de una caída en la calidad de vida de un adulto mayor?**
 - **¿Cuál es el manejo de un paciente con síndrome de caídas?**
- Material de apoyo: proyector de imágenes y computadora personal con el programa Power Point de Microsoft.
- 3. Al término de la proyección, se trabajan las reflexiones.
 - El titular guiará la discusión de la información proyectada.
 - Los participantes discuten y llegan a una conclusión que comparten con el resto del grupo.
 - Los participantes reciben retroalimentación de sus compañeros y del titular del curso sobre las reflexiones.
- 4. Discutir lo que se aprendió en relación con el tema.
 - Los participantes identifican los puntos clave que se hicieron evidentes a partir de la discusión.
 - El titular guiará a los participantes para llegar a conclusiones generales.
- 5. Análisis de aplicar lo aprendido.
 - El grupo discutirá acerca de los conocimientos adquiridos, y de la manera en que se consolidaron para potenciar las habilidades que les serán útiles para la vida laboral.
 - Los participantes discuten problemas que pueden evitar al aplicar los conocimientos y habilidades aprendidas.
- 6. Para finalizar la sesión.
 - Resumir de manera práctica lo aprendido en la sesión.
 - Valorar el cumplimiento de los objetivos.
 - Discutir qué más les gustaría conocer y aprender sobre el tema.
 - Proveer o sugerir algún material de lectura.
 - Tener la seguridad de que los participantes se van motivados por la sesión.
 - Realizar la segunda evaluación con el instrumento de medición seleccionado.
 - Agradecer su atención y entusiasmo.

1. González Martínez JM. Geriátría. México: Mc Graw Hill; 2009:93.
2. Prevención de caídas en el adulto mayor en el primer nivel de atención. México: Secretaria de Salud; 2008.
3. Lavedan A. Prevalencia y factores asociados a caídas en adultos mayores que viven en la comunidad. Aten Primaria. 2015;47(6):367-375.
4. Rodríguez JR. Evaluación geriátrica integral, importancia, ventajas y beneficios en el manejo del adulto mayor. Panorama Cuba y Salud. 2014;9(1):35-41.
5. Pantaley CC. ¿El ejercicio físico es un factor protector para sufrir una caída en el adulto mayor? IntraMed Journal. 2015;5(2).
6. Acosta CO. Confiabilidad y validez del Cuestionario de Calidad de Vida (WHOQOL-OLD) en adultos mayores mexicanos. Psicología y Salud. 2013;23(2):241-250.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 94
COORDINACION CLINICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD



Intervención Educativa: PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN ADULTOS MAYORES

Sede: UMF No 94. Lugar: Auditorio de la Unidad. Fecha: 22 y 26 julio de 2019. Horario: 10 a 12 horas.

Fecha	Contenido programado	Objetivos operativos	Técnica didáctica	Coordinadores
Día 1 22 Julio 2019	Encuadre. Cuestionario Diagnóstico. Introducción a la intervención educativa. Unidad 1: Síndrome de caídas, un problema real.	Presentar a las autoridades implicadas en la logística del curso. Presentar a los participantes del curso. Aplicar el cuestionario diagnóstico. Definir el contexto, las expectativas, objetivos, propósito, compromisos, responsabilidades, técnicas didácticas y manera de trabajo. Identificar el contenido de las unidades y el proceso de evaluación del curso. Adquirir los conocimientos básicos sobre factores de riesgo en adultos mayores para padecer síndrome de caídas.	Encuadre. Instrumento de evaluación. Método de preguntas. Lluvia de ideas. Exposición.	Dr. Salvador Sánchez Herrera Dr. Rodrigo Villaseñor Hidalgo.
Día 2 26 Julio 2019	Unidad 2: Diagnóstico, tratamiento y prevención de síndrome de caídas. Evaluación final.	Como reconocer a un paciente con síndrome de caídas. Comprender algunas medidas para su prevención antes y después de una caída. Cuál es el pronóstico y que impacto tiene en la calidad de vida. Elaborar las conclusiones del curso. Determinar el grado de cumplimiento de objetivos y ganancia de conocimientos. Describir la satisfacción del curso.	Método de preguntas. Lluvia de ideas. Exposición. Instrumento de evaluación final.	Dr. Salvador Sánchez Herrera.

Elaboración: Dr. Salvador Sánchez Herrera (titular de la intervención educativa).