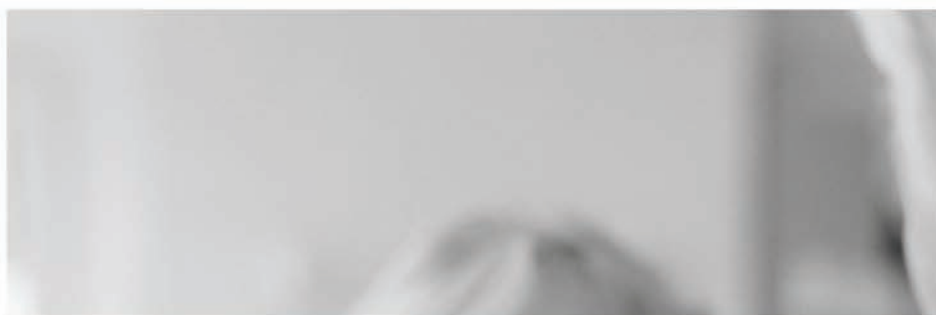


ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN SOBRE SEGURIDAD EN EL DOMICILIO DE PERSONAS MAYORES

ABRIL 2008



**ESTUDIO
DE INVESTIGACIÓN
SOBRE SEGURIDAD
EN EL DOMICILIO
DE PERSONAS
MAYORES**

ABRIL 2008

Dirección Científica

Dra. María Sáinz
Presidenta FUNDADEPS
Hospital Clínico San Carlos. Madrid

Coordinación Técnica

Director de Programas de FUNDADEPS
Hospital Clínico San Carlos. Madrid

Julio González-Cobos
Director Área de Mayores de ADEPS
Hospital Clínico San Carlos. Madrid

Estudio y Análisis Epidemiológico

Dr. Nicolás García-Arenzana
Dr. Manuel Fuentes
Dra. Laura Barreales
Unidad de Investigación
Servicio de Medicina Preventiva
Hospital Clínico San Carlos. Madrid

Dra. Montserrat Lázaro
Servicio de Geriatría
Hospital Clínico San Carlos. Madrid

ÍNDICE

Prólogo	7
1 Introducción	9
2 Objetivos del estudio.....	11
3 Material y métodos	12
4 Resultados.....	14
4.1 Perdidos	14
4.2 Descriptivo de la muestra	15
4.2.1 Características sociodemográficas.....	15
4.2.2 Caídas y otros accidentes	17
4.2.3 Salud de los mayores y medicación	22
4.2.4 Dificultad para actividades diarias y Ayudas a las actividades de la vida diaria	24
4.2.5 Costumbres y hábitos de salud.....	29
4.3 Análisis global (no estratificado).....	31
4.3.1 Características sociodemográficas.....	31
4.3.2 Salud de los mayores y medicación	34
4.3.3 Dificultad para actividades diarias y Ayudas a las actividades de la vida diaria	36
4.3.4 Costumbres y hábitos de salud.....	38
4.4 Análisis estratificado por sexo	40
4.4.1 Características sociodemográficas.....	40
4.4.2 Salud de los mayores.....	41
4.4.3 Medicación	43
4.4.4 Ayudas a las actividades de la vida diaria	45
4.4.5 Costumbres y hábitos de salud.....	48
5 Conclusiones	50
6 Bibliografía	53
7 Anexos.....	55
Anexo I: Variables del estudio	57
Anexo II: Especificar otros accidentes	68
Anexo III: Glosario de términos.....	69
8 Relación de tablas/gráficos y mapas	71

PRÓLOGO

El presente **Estudio de Investigación sobre Seguridad en el Domicilio de Personas Mayores** forma parte de toda una serie de acciones, así como de publicaciones dirigidas tanto a los profesionales como a la población mayor, que se inscriben dentro de la campaña nacional **CON MAYOR CUIDADO**, que FUNDACIÓN MAPFRE promueve desde el Instituto de Prevención, Salud y Medio Ambiente.

FUNDACIÓN MAPFRE pretende no sólo proporcionar una visión general de la situación actual de los accidentes entre las personas mayores en el hogar, sino también despertar el interés de las instituciones, tanto públicas como privadas, y de la población general, para que sean protagonistas de este problema de salud pública. Las caídas constituyen el primer motivo por el que los mayores acuden a las consultas de las urgencias hospitalarias de traumatología y la tercera causa de consulta de urgencia en un hospital general. De ahí que desde la campaña **CON MAYOR CUIDADO** centremos todos los esfuerzos en asumir que muchos de los accidentes pueden ser evitados y que para ello la información y la educación han de ser las piezas claves para mejorar la calidad de vida de todos.

Finalmente queremos agradecer a **MAPFRE QUAVITAE** su labor de supervisión y de apoyo a esta iniciativa, así como a la **Fundación de Educación para la Salud (FUNDADEPS)** del Hospital Clínico San Carlos de Madrid.

Madrid, abril de 2008

1. INTRODUCCIÓN

Los accidentes domésticos son muy comunes entre las personas mayores, siendo el hogar uno de los entornos donde se produce un mayor número de ellos, como las caídas, las intoxicaciones, las quemaduras o los incendios.

Por esta razón es importante conocer el estado actual y los factores asociados a esos accidentes, en especial las caídas, en un entorno doméstico. De ahí que el **Estudio de Investigación sobre Seguridad en el Domicilio de Personas Mayores** que se presenta se proponga describir las prevalencias de estos accidentes y los posibles factores asociados en personas mayores de 65 años a nivel nacional, como fase preliminar de un estudio multifactorial cuyo propósito es disminuir la frecuencia y adoptar las medidas de prevención necesarias dentro de la población mayor de 65 años.

LA EPIDEMIOLOGÍA DE LAS CAÍDAS COMO CAUSA PRINCIPAL DE LOS ACCIDENTES

Las caídas en mayores son en la actualidad un importante factor de salud pública, ya que representan el tipo de accidente más frecuente y más letal en los mayores⁽¹⁾. Distintos estudios internacionales estiman que entre 1/4 y 1/3 de la población mayor de 65 años ha sufrido alguna caída en los últimos 12 meses^(2,3). Estas cifras, además, van en aumento con la edad, llegando a una prevalencia superior al 50% cuando rebasamos el límite de los 80 años^(4,5).

LA SITUACIÓN EN ESPAÑA

En España se dispone de muy pocos datos (sobre el ámbito nacional) tanto sobre la prevalencia como sobre los determinantes de las caídas en mayores. Sin embargo existen algunos estudios que valoran las caídas en mayores sobre algunas localidades. Por ejemplo, un estudio realizado en tres zonas de la ciudad de Córdoba, con 362 personas de 70 años o más, concluyó que un 31,7% de los mayores (IC 95%: 26,99 - 36,6) se habían caído en el último año. Otro estudio realizado en dos ciudades de Cataluña (año 2003) concluyó que la prevalencia de caídas en personas de 70 años o más era del 28,9% (IC 95%: 25,8 - 31,9)⁽⁶⁾. En otro estudio prospectivo realizado por Salvá et al en Mataró (año 2004) se llegó a una tasa de incidencia de 46 caídas por 100 habitantes y año.

También el Proyecto Falls (Universidad de Murcia) sobre caídas, o, el de Gerona (Elena Soriano et al. 2002) sobre accidentes atendidos en área básica de salud referían unos datos muy similares a los estudios de Mataró. Otro trabajo es el Informe EHLASS sobre accidentes en España (1999), elaborado por el Instituto Nacional de Consumo. En este informe, se señala que un 4,15% de la población española ha sufrido algún accidente, de los cuales el 38,5% tuvo lugar dentro del domicilio. El Programa DADO (Detección de Accidentes Domésticos y de Ocio. INC 2004), siendo el más reciente y completo, señala que el 11,49% de las personas de 65 años o más han sufrido algún accidente.

En todos estos estudios los factores que se relacionaron con un mayor riesgo de presentar caídas fueron: tener mayor edad, ser mujer, estar viudo/a, sin estudios, presentar dificultad en la movilidad, consumir un mayor número de fármacos y un peor estado de salud percibido.

CONSECUENCIAS

Las secuelas de estas caídas pueden llegar a ser muy importantes ya que una de cada diez caídas desemboca en una herida seria (fractura, hematoma subdural o traumatismo craneoencefálico)⁽²⁾. Además según el CDC de Atlanta, estas caídas suponen la causa más frecuente de heridas y la sexta causa de muerte entre las personas de más de 65 años⁽⁷⁾.

Desgraciadamente muchas veces este problema es percibido por los demás y por ellos mismos como parte normal del proceso de envejecimiento de la personas, con lo que las caídas son infradiagnosticadas. Pero la realidad es que más de la mitad de los mayores de 65 años que han sufrido una caída volverán a caerse en el año siguiente⁽⁸⁾. Esto supone unas graves consecuencias físicas para la persona mayor, como la posible pérdida de independencia, las lesiones e incluso la muerte. Además, las caídas también acarrearán secuelas psicológicas para el mayor (más de la mitad de los mayores que se caen refieren miedo a caerse de nuevo, así como pérdida de confianza al realizar las tareas cotidianas)⁽⁹⁾, y también suponen un problema social, un importante aumento de la morbi-mortalidad y un elevado coste en los gastos sanitarios. De hecho, las caídas constituyen el primer motivo por el que los mayores acuden a las consultas de urgencias hospitalarias de traumatología, y la tercera causa de consulta de urgencias en un hospital general en ese grupo de edad⁽⁵⁾.

La causa exacta de las caídas es complicada de averiguar ya que diversos factores pueden contribuir a ello, como los cambios debidos a la edad, enfermedades asociadas al envejecimiento, medicación indicada, etc. Sin embargo, muchos de estos factores son modificables mediante intervenciones preventivas específicas. Pero estas intervenciones, para que tengan éxito, tienen que ser factibles, sostenibles en el tiempo y coste – efectivas para lograr su uso generalizado. Además, las políticas de prevención centradas en la información y la formación son claves para que los propios mayores, como protagonistas de su salud, sean conscientes de que muchos de estos accidentes pueden ser evitados.

2. OBJETIVOS DEL ESTUDIO

OBJETIVO PRINCIPAL:

- Conocer la prevalencia de caídas que se producen en el domicilio de la población española mayor o igual a 65 años, así como sus factores asociados.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Conocer la frecuencia de accidentes en el hogar en la población española mayor o igual a 65 años.
- Identificar los factores dietéticos y de actividad física relacionados con las caídas en la población española mayor o igual a 65 años.
- Conocer los distintos tipos de ayudas (ayudas técnicas e instalaciones en el hogar) relacionadas con las caídas en la población española mayor o igual a 65 años.
- Conocer las principales patologías relacionadas con las caídas en la población española mayor o igual a 65 años.
- Conocer el número de fármacos y el tipo de fármacos consumidos relacionadas con las caídas en la población española mayor o igual a 65 años.

3. MATERIAL Y MÉTODOS

DISEÑO: Estudio transversal telefónico de base poblacional.

ÁMBITO DE ESTUDIO: Nacional.

POBLACIÓN DE ESTUDIO: Población española, ambos sexos, mayores de 65 años no institucionalizadas residentes en el territorio nacional.

PERIODO DE ESTUDIO: Corte transversal realizado entre el 13 de noviembre de 2007 y 31 de enero de 2008.

CÁLCULO DEL TAMAÑO MUESTRAL: Con un nivel de confianza del 95%, un error absoluto de muestreo del 2,3%, una prevalencia máxima esperada del 33%, mediante el programa Epidat, calculamos el tamaño muestral necesario con todos estos datos, resultando de 1.606 personas de 65 años o más.

SELECCIÓN DE LA MUESTRA: La selección de la muestra se realizó en 13 provincias del territorio nacional (A Coruña, Badajoz, Barcelona, Burgos, Las Palmas, Madrid, Málaga, Sevilla, Toledo, Santa Cruz de Tenerife, Valencia, Vizcaya y Zaragoza). En total estas provincias, según datos del padrón municipal del INE 2007, agrupaban el 50,50% de toda la población española mayor o igual a 65 años. Teniendo en cuenta la proporción de población igual o mayor de 65 años de dichas provincias (con respecto a la población total mayor o igual a 65 años de las mismas), se calculó el porcentaje correspondiente del tamaño muestral para cada una de ellas con el fin de que la muestra fuese lo más representativa posible de la población española.

Tabla 1: Población mayor o igual a 65 años en las provincias del estudio

PROVINCIA	POBLACIÓN ≥ 65 AÑOS	% DEL TOTAL DE LA MUESTRA
A Coruña	232.575	6,11%
Badajoz	120.356	3,16%
Barcelona	874.632	22,99%
Burgos	75.999	2,00%
Las Palmas	116.388	3,06%
Madrid	875.550	23,02%
Málaga	216.036	5,68%
Sevilla	255.423	6,71%
Toledo	108.806	2,86%
Santa Cruz de Tenerife	135.565	3,56%
Valencia	396.396	10,42%
Vizcaya	218.870	5,75%
Zaragoza	177.332	4,66%
TOTAL	3.803.928	100%

Según estos porcentajes, se calculó cuantas encuestas debían hacerse en cada una de las provincias seleccionadas, en función del tamaño muestral total del estudio.

Las encuestas se realizaron telefónicamente utilizando una base de datos de personas de 65 años o más. La selección de las llamadas fue hecha de forma aleatoria y en base a la distribución por provincias inicialmente calculada.

VARIABLES A ESTUDIO: Las variables sobre caídas fueron extraídas del cuestionario de la OMS para el estudio de caídas en la persona mayor (OMS, 1989). Las variables sociodemográficas, sobre costumbres de vida y salud general fueron extraídas de la Encuesta Nacional de Salud del Instituto Nacional de Estadística. El resto de las variables fueron diseñadas ex profeso para la realización del presente estudio. En total, se recogieron 101 variables (Anexo I).

RECOGIDA DE DATOS

- Instrumento de recogida: un cuestionario informatizado elaborado para ese efecto con el programa Access XP con todas las variables del estudio.
- Cumplimentación: La recogida de datos se realizó de forma telefónica entre el 13 de noviembre y el 31 de enero del 2008, introduciendo los datos directamente en la base de datos informatizada por parte de 8 teleoperadores formados para la realización de estudios de salud.

En todo momento se ha mantenido el carácter anónimo de los datos obtenidos, en base a lo estipulado por las normas internacionales de protección de datos, así como la legislación española vigente (Ley Orgánica 15/1999 del 13/12/99 de Protección de Datos de Carácter Personal, BOE 298 de 14/12/1999).

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se ha realizado un análisis descriptivo de todas las variables a estudio. Las variables cualitativas se presentan con su distribución de frecuencias absolutas y en porcentajes. Las variables cuantitativas se expresan con su media y desviación estándar (DE), en caso de distribución normal, o mediana y rango intercuartílico ($RIQ = P_{25} - P_{75}$) en caso de asimetría de la distribución de la variable.

Para valorar la asociación entre variables cualitativas se ha realizado la prueba de Ji cuadrado o la prueba exacta de Fisher en el caso de que más de un 25% de esperados fueran menores de 5. Se ha aceptado un valor de significación del 5% ($p < 0,05$).

Para la comparación de variables cuantitativas con las variables cualitativas (comparación de medias), utilizaremos el test de la T de Student en caso de seguir las variables cuantitativas una distribución normal. En caso contrario usaremos como prueba no paramétrica la U de Mann-Whitney. Si la variable cualitativa tuviera más de dos categorías usaremos la ANOVA (si la variable cuantitativa sigue una distribución normal) o de Kruskal-Wallis, previa realización del test de homogeneidad de varianzas de Levene, si las variables no siguen una distribución normal en los grupos a comparar. El estudio de la normalidad se realizará mediante el test de bondad de ajuste de Kolmogorov-Smirnov.

El procesamiento y análisis de los datos se ha realizado con el paquete estadístico SPSS 12.0 para Windows.

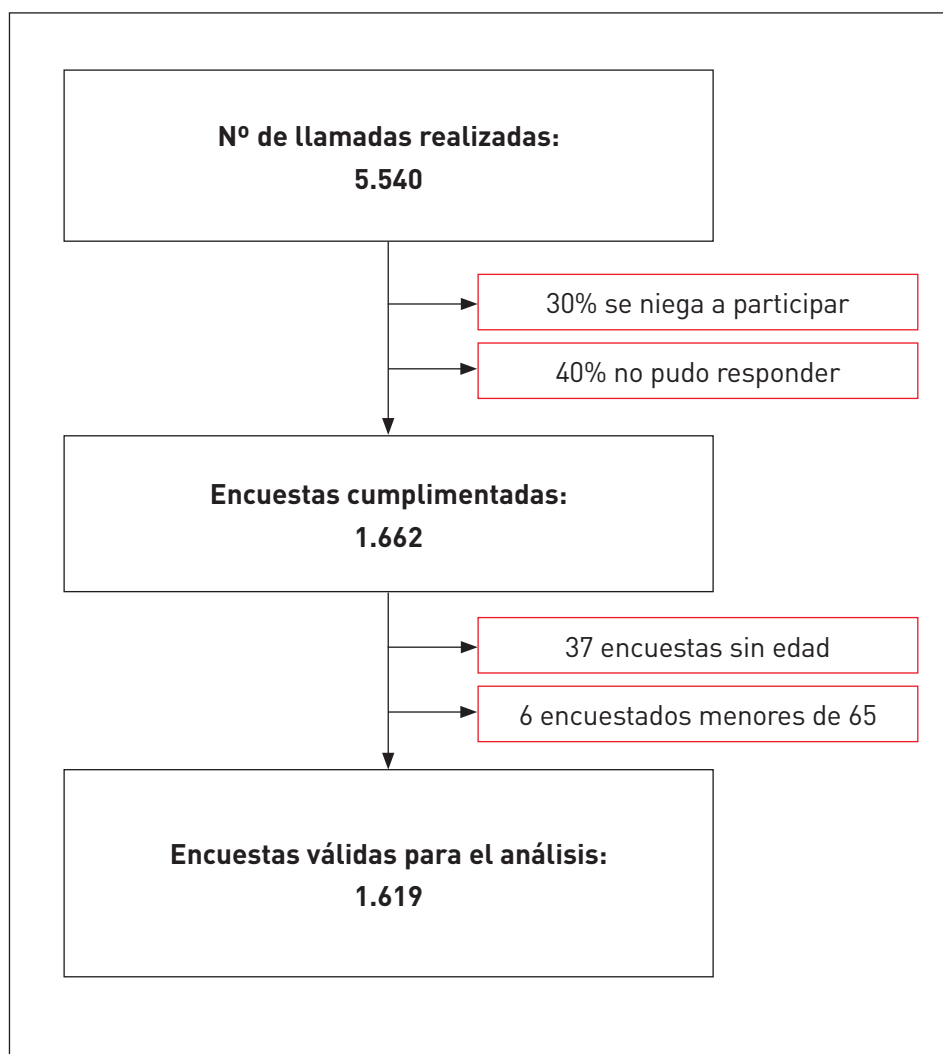
4. RESULTADOS

4.1 Perdidos

Como se puede apreciar en el diagrama de flujo, se realizaron 5.540 llamadas entre el 13 de noviembre del 2007 y el 31 de enero del 2008. 30% de los contactados se negó a participar, 40% no pudo responder por otras causas (fallecido, no contactado, número equivocado) y otro 30% aceptó participar. Finalmente se cumplimentaron 1.662 encuestas.

De todas las encuestas cumplimentadas, se han decidido eliminar para el análisis aquellas que no tuvieran recogida la edad del encuestado o aquellas en la que por error se había encuestado a una persona de menos de 65 años ya que en estos casos no se cumplían los criterios de inclusión. Finalmente, contamos con 1.619 encuestas telefónicas cuyos resultados describiremos y analizaremos a continuación.

Diagrama de flujo 1: Perdidos en el estudio



Nota: En las 1.619 encuestas que constituyen la base del estudio, se describieron todas las variables en función del número (N) total de encuestas, teniendo en cuenta los no sabe o no contesta en el descriptivo y eliminándolos para el análisis univariado, ya que no aportan información comparativa como grupo.

4.2 Descriptivo de la muestra

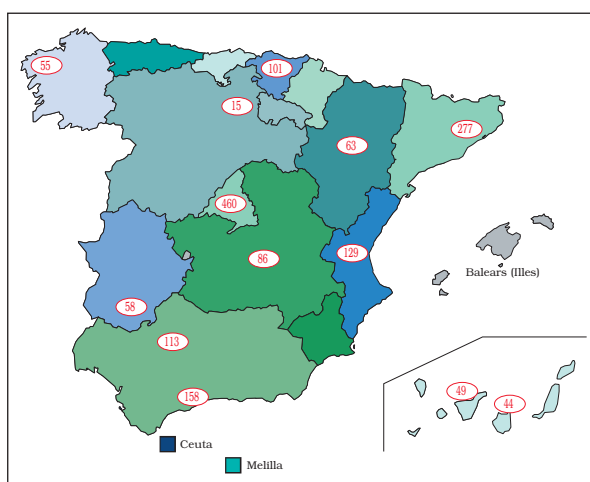
4.2.1 Características sociodemográficas

Provincias: Tal y como distinguíamos en la metodología se seleccionaron 13 provincias del territorio nacional para realizar las encuestas. En la siguiente tabla y mapa se especifica el número de encuestas en cifras absolutas realizadas por provincias con sus porcentajes:

Tabla 2: Distribución de las encuestas por provincias

PROVINCIA	N	%
Madrid	460	28,4%
Barcelona	277	17,1%
Málaga	158	9,8%
Valencia	129	8,0%
Sevilla	113	7,0%
Vizcaya	101	6,2%
Toledo	86	5,3%
Zaragoza	63	3,9%
Badajoz	58	3,6%
A Coruña	55	3,4%
Tenerife	49	3,0%
Las Palmas	44	2,7%
Burgos	15	0,9%
NS/NC	11	0,7%
TOTAL	1619	100,0%

Mapa 1: Distribución de las encuestas por provincias



Sexo: Un 62,2% de los encuestados fueron hombres y un 36,6% mujeres de 65 años o más.

Tabla 3: Distribución de las encuestas por sexo

SEXO	N	%
Hombre	1007	62,2%
Mujer	593	36,6%
NS/NC	19	1,2%
TOTAL	1619	100,0%

Encuestado: En un 86,8% de los casos se entrevistó directamente a la persona mayor de 65 años y en el 12,1% restante a su cuidador.

Tabla 4: Distribución de las encuestas por persona encuestada

PERSONA ENCUESTADA	N	%
Mayor	1405	86,8%
Cuidador	196	12,1%
NS/NC	18	1,1%
TOTAL	1619	100,0%

Edad: La mediana de la edad de la muestra fue de 70,0 años (RIQ 67,0-76,0). La media de edad de la muestra fue de 72,33 años (DE 6,46).

Estado civil: La mayoría de los encuestados estaban casados (un 64,5%), siguiéndole en frecuencia el estar viudo (25,2%). El resto de categorías de estado civil fueron: 5,2% eran solteros, 1,8% estaban separados y 0,9% estaban divorciados.

Tabla 5: Distribución de las encuestas por estado civil

ESTADO CIVIL	N	%
Casado/a	1044	64,5%
Viudo/a	408	25,2%
Soltero/a	84	5,2%
Separado/a	29	1,8%
Divorciado/a	15	0,9%
NS/NC	39	2,4%
TOTAL	1619	100,0%

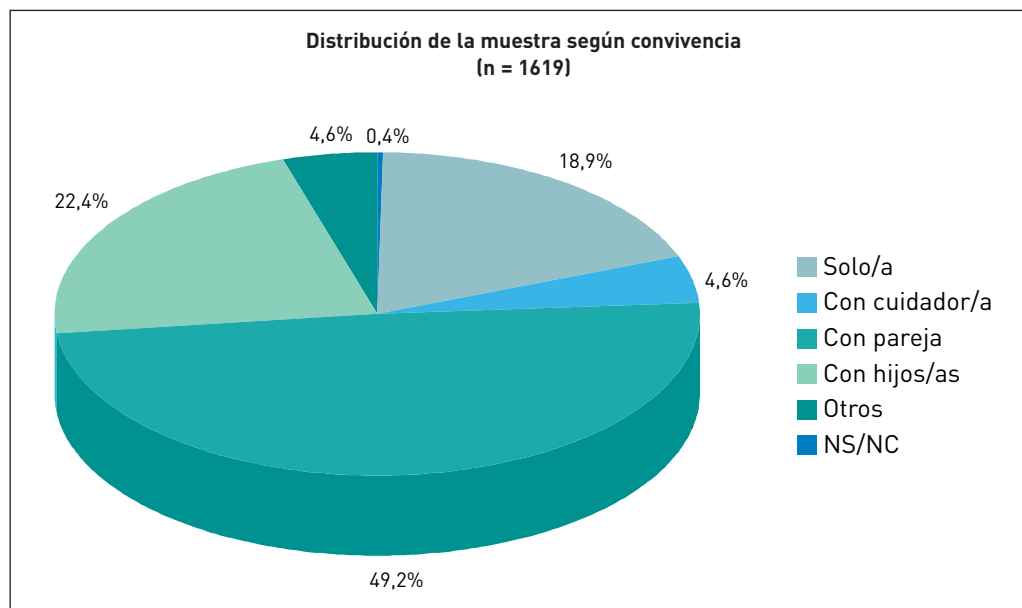
Convivencia: La mayoría de los encuestados vivían con su pareja (un 49,2%), mientras que un 22,4% vivían con sus hijos. Únicamente un 18,9% vivía solo y un 4,6% convive con un cuidador, mientras que un 4,6% vivían con otras personas.

Tabla 6: Distribución de las encuestas por convivencia

CONVIVENCIA	N	%
Vive con pareja	796	49,2%
Vive con hijos/as	362	22,4%
Vive solo/a	306	18,9%
Vive con cuidador/a	75	4,6%
Otros	74	4,6%
NS/NC	6	0,4%
TOTAL	1619	100,0%

En relación a este apartado es importante puntualizar que las categorías no son excluyentes entre sí, es decir, una misma persona puede vivir con su pareja y a la vez con sus hijos. Esto puede haber ocasionado un problema a la hora de contestar a los encuestados ya que solo se podía seleccionar una opción y por ello el porcentaje de personas casadas (64,5%) difiere tanto de las personas que viven con su pareja (49,2%).

Gráfico 1: Distribución de las encuestas por convivencia



Estudios: Casi la totalidad de la muestra o no tenía estudios (32,6%) o solo tenía los estudios básicos (47,2%). El resto se repartían entre un 10,9% que tenían estudios superiores cursados y 8,8% con estudios medios.

Tabla 7: Distribución de las encuestas por estudios

ESTUDIOS	N	%
Estudios básicos	764	47,2%
Sin estudios	528	32,6%
Estudios superiores	176	10,9%
Estudios medios	143	8,8%
NS/NC	8	0,5%
TOTAL	1619	100,0%

4.2.2 Caídas y otros accidentes

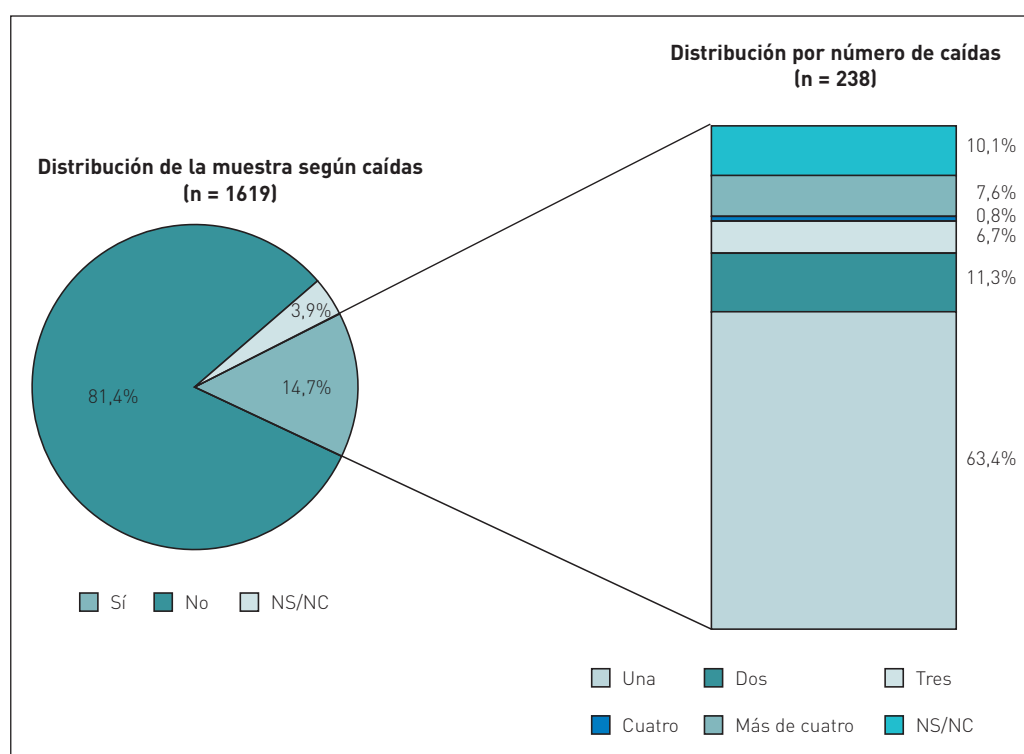
Caídas: Un 14,7% de los encuestados refieren haberse caído en el último año y 81,4% refieren no haberse caído. De los que sí refieren haberse caído la mayoría, el 63,4%, refieren haberse caído una única vez, un 11,3% dos veces, 6,7% tres veces, 0,8% cuatro veces y un 7,6% más de cuatro veces.

Tabla 8: Distribución de los encuestados por caídas

¿HA SUFRIDO CAÍDAS EN EL ÚLTIMO AÑO?	N	%
Sí	238	14,7%
No	1318	81,4%
NS/NC	63	3,9%
TOTAL	1619	100,0%

Tabla 9: Distribución de los encuestados por nº de caídas

¿CUÁNTAS CAÍDAS?	N	%
Una	151	63,4%
Dos	27	11,3%
Tres	16	6,7%
Cuatro	2	0,8%
Más de cuatro	18	7,6%
NS/NC	24	10,1%
TOTAL	238	100,0%

Gráfico 2: Distribución de los encuestados por caídas y número de caídas


Lugar de la caída: En cuanto a los lugares de caída 45% se cayeron fuera de su domicilio mientras que 39,9% lo hizo en su propio domicilio. Entre los que se cayeron en su propio domicilio estos fueron los resultados: los encuestados contestaron que donde más se caían era en el dormitorio y en el comedor/salón (en ambos casos con un 22,1%) seguido del baño (20,0%) y las escaleras (18,9%). 9,5% se habían caído en la cocina y 7,4% en el pasillo.

Tabla 10: Distribución de los encuestados por lugar de caída

¿DÓNDE SUFRIÓ LA CAÍDA?	N	%
Fuera del domicilio	107	45,0%
En el domicilio	95	39,9%
NS/NC	36	15,1%
TOTAL	238	100,0%

Tabla 11: Distribución de los encuestados por lugar de caída en el domicilio

¿DÓNDE SUFRIÓ LA CAÍDA EN EL DOMICILIO?	N	%
Dormitorio	21	22,1%
Comedor/Salón	21	22,1%
Baño	19	20,0%
Escaleras	18	18,9%
Cocina	9	9,5%
Pasillo/Zona de paso	7	7,4%
TOTAL	95	100,0%

Motivo de la caída: Se preguntó a los mayores sobre el motivo de las caídas, siendo otras causas no especificadas la contestación más frecuente con un 44,1%, seguido por los mareos (16,4%) y los escalones o escaleras (13,0%). Se cayeron debido al suelo mojado un 9,7% de los encuestados mientras que 2,5% lo hicieron debido a una tercera persona y 2,5% por la mala iluminación. El calzado fue la causa de 0,4% de las caídas.

Tabla 12: Distribución de los encuestados por motivo de caída

MOTIVO DE LA CAÍDA	N	%
Otros	105	44,1%
Mareo	39	16,4%
Escalones/Escalera	31	13,0%
Suelo mojado	23	9,7%
Causada por un tercero (mascota)	7	2,9%
Mala iluminación	6	2,5%
Calzado	1	0,4%
Alfombras	0	0,0%
NS/NC	26	10,9%
TOTAL	238	100%

Lesiones por caídas: El 59,7% de los mayores que habían sufrido alguna caída en el último año sufrieron alguna lesión por este motivo, siendo lo más frecuente que sufrieran una contusión o golpe, seguido por fracturas y esguince o torcedura. Otro tipo de lesiones, los cortes y las pérdidas de conciencia (conmociones) fueron categorías más minoritarias.

Tabla 13: Distribución de las caídas por lesiones

¿SUFRIÓ ALGÚN TIPO DE LESIÓN?	N	%
Sí	142	59,7%
No	64	26,9%
NS/NC	32	13,4%
TOTAL	238	100,0%

Tabla 14: Distribución de las caídas por tipo de lesiones

¿QUÉ LESIÓN?	N	%
Contusión/Golpes	62	43,7%
Fractura	41	28,9%
Otra	14	9,9%
Esguince/Torcedura	13	9,2%
Cortes	7	4,9%
Conmoción (pérdida conocimiento)	4	2,8%
NS/NC	1	0,7%
TOTAL	142	100%

Necesidades asistenciales por caída: De todos los que sufrieron caídas en el último año:

- 16,0% estuvo ingresado por dicho motivo:

Tabla 15: Distribución de las caídas por ingreso

¿ESTUVO INGRESADO/A POR ESTE MOTIVO?	N	%
Sí	38	16,0%
No	116	48,7%
NS/NC	84	35,3%
TOTAL	238	100,0%

- 49,2% de ellos acudieron a urgencias por dicho motivo:

Tabla 16: Distribución de las caídas por ir a urgencias

¿ACUDIÓ A URGENCIAS POR ESTE MOTIVO?	N	%
Sí	117	49,2%
No	69	29,0%
NS/NC	52	21,8%
TOTAL	238	100,0%

- 50,4% necesito algún tipo de asistencia médica:

Tabla 17: Distribución de las caídas por asistencia médica

ASISTENCIA MÉDICA	N	%
Sí	120	50,4%
No	36	15,1%
NS/NC	82	34,5%
TOTAL	238	100,0%

Gráfico 3: Consecuencias de las caídas

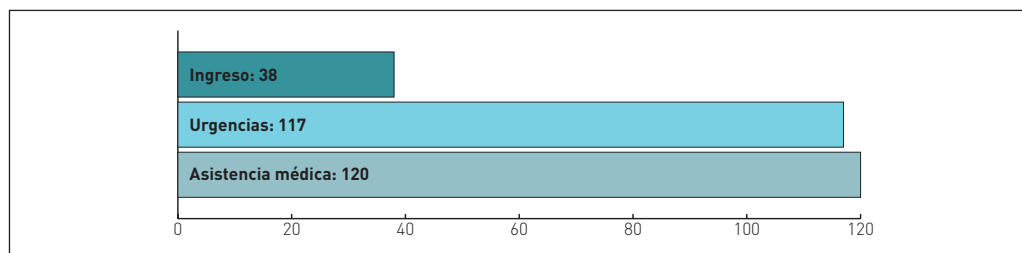


Tabla 18: Distribución de asistencia médica por lugares de asistencia

	N	%
En el domicilio	15	6,3%
En consultorio médico	82	34,5%
En el Hospital	91	38,2%

*Los % han sido calculados sobre una N de 238.

Accidentes: El tipo de accidente más frecuente entre los encuestados fueron los cortes con un 4,5% seguido por otros accidentes no especificados en el formulario con un 3,8% de los encuestados (detalles en el ANEXO II), seguido de los accidentes por fuego con un 2,7%. Un 1,2% sufrieron intoxicación por medicamentos y un 1,1% sufrieron intoxicación por alimentos. Finalmente un 0,7% sufrieron una intoxicación por gas y un 0,2% acciones por electricidad.

Tabla 19: Distribución de los encuestados por tipos de accidentes

	% QUE SUFRIERON EL TIPO DE ACCIDENTE
Cortes	4,5
Otros accidentes	3,8
Acciones por fuego	2,7
Intoxicación por medicamentos	1,2
Intoxicación por alimentos	1,1
Intoxicación por gas	0,7
Acciones por electricidad	0,2

*Los % han sido calculados sobre una N de 1619.

Consecuencias de los accidentes: De los que contestaron que tuvieron alguno de los anteriores accidentes, se les preguntó si habían recibido asistencia médica debida a ellos y de haberla recibido en qué lugar la recibieron y si acudieron a urgencias o estuvieron ingresados por esa causa:

- Un 6,9% de los que habían sufrido accidentes estuvo ingresado por dicho motivo:

Tabla 20: Distribución de los accidentes por ingreso

¿ESTUVO INGRESADO/A POR ESE MOTIVO?	N	%
Sí	13	6,9%
No	53	28,0%
NS/NC	123	65,1%
TOTAL	189	100,0%

- El 26,5% de ellos acudieron a urgencias por dicho motivo:

Tabla 21: Distribución de los accidentes por ir a urgencias

¿ACUDIÓ A URGENCIAS POR ESE MOTIVO?	N	%
Sí	50	26,5%
No	31	16,4%
NS/NC	108	57,1%
TOTAL	189	100,0%

- Un 21,2% necesito algún tipo de asistencia médica:

Tabla 22: Distribución de los accidentes por asistencia médica

¿ASISTENCIA MÉDICA?	N	%
Sí	40	21,2%
No	22	11,6%
NS/NC	127	67,2%
TOTAL	189	100,0%

Tabla 23: Distribución de la asistencia por lugares de atención

	N	%
En el domicilio	10	5,3%
En consultorio médico	29	15,3%
En el hospital	44	23,3%
NS/NC	106	56,1%
TOTAL	189	100,0%

4.2.3 Salud de los mayores y medicación

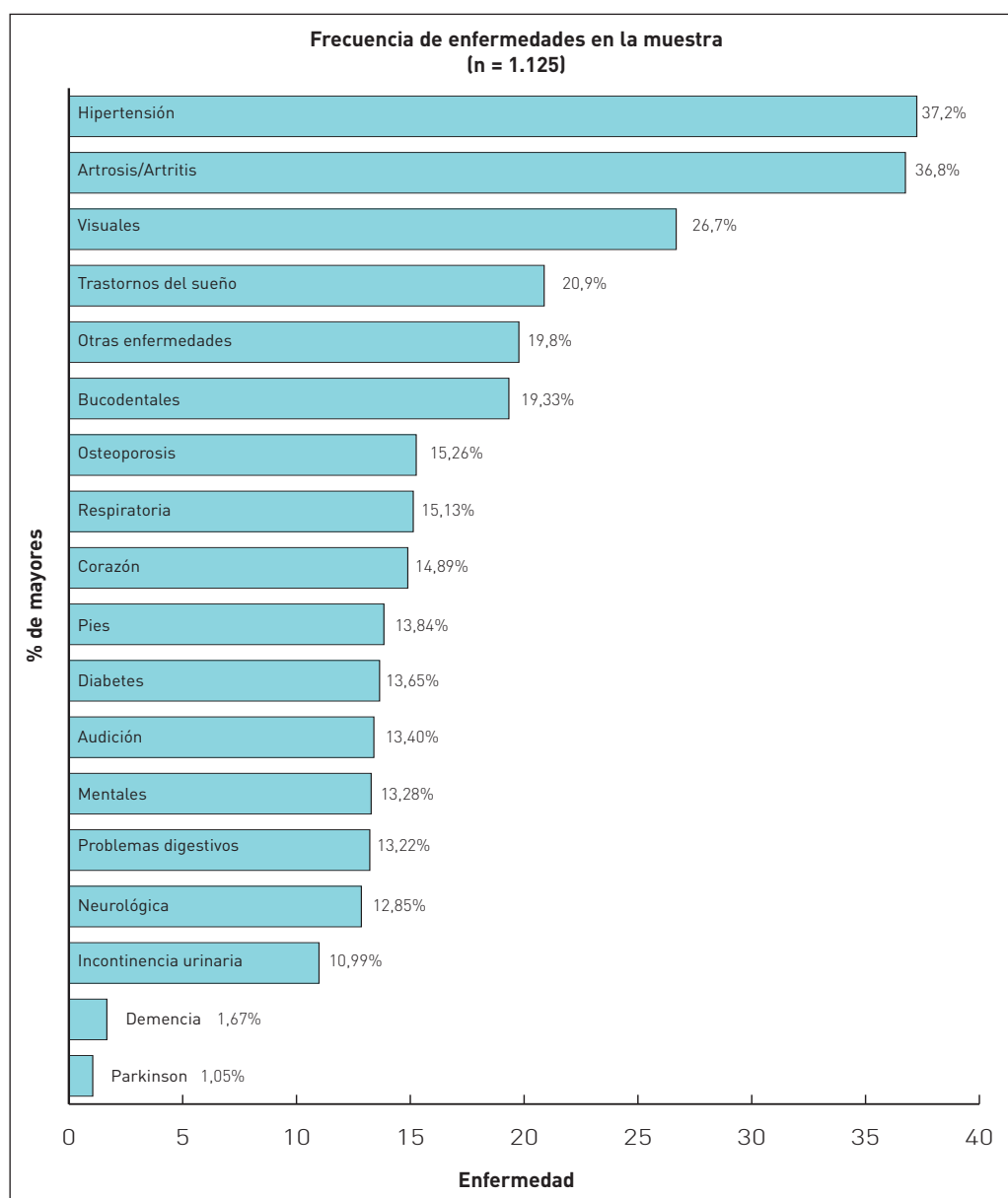
Enfermedad: La mayoría, un 69,5%, padecía alguna enfermedad y un 15,1% contestó que no tenía ninguna enfermedad.

Tabla 24: Distribución de los encuestados por enfermedad

PADECE ALGUNA ENFERMEDAD	N	%
Sí	1125	69,5%
No	244	15,1%
NS/NC	250	15,4%
TOTAL	1619	100,0%

Tipos de enfermedades: Se encuestó también a los mayores sobre las enfermedades específicas que padecían, siendo las más frecuentes la hipertensión (37,2%), la artritis o artrosis (36,8%), así como los trastornos visuales (26,7%) y los trastornos del sueño (20,9%). La categoría de otras enfermedades también fue elevado con 19,7% de la muestra. En la siguiente tabla se presentan el porcentaje de encuestados que padecía cada una de las enfermedades reflejadas en el formulario.

Gráfico 4: Distribución de los encuestados por tipo de enfermedad



*Los % han sido calculados sobre una N de 1.125.

Fármacos: En la literatura científica está comprobado que la medicación y sobre todo la polimedicación son factores claramente asociados a las caídas en mayores. 78,4% de los mayores encuestados tomaban por lo menos un fármaco al día. Se encuestó a los mayores sobre cuantos fármacos tomaban al día y sobre qué tipo de fármacos tomaban. 15,8% de ellos no tomaban ningún fármaco. El grupo mayoritario fue el de los que tomaban más de 5 fármacos (18,8% de los encuestados).

Tabla 25: Distribución de los encuestados por consumo de fármacos

¿CONSUME ALGÚN FÁRMACO?	N	%
No consume	256	15,8%
Sí consume	1270	78,4%
NS/NC	93	5,7%
TOTAL	1619	100,0%

Tabla 26: Distribución de los encuestados por nº de fármacos consumidos

¿CUÁNTOS FÁRMACOS TOMA AL DÍA?	N	%
Ninguno	256	15,8%
Uno	282	17,4%
Dos	243	15,0%
Tres	203	12,5%
Cuatro	142	8,8%
Cinco	96	5,9%
Más de cinco	304	18,8%
NS/NC	93	5,7%
TOTAL	1619	100,0%

Tipos de fármacos consumidos: Se preguntó a los mayores sobre qué fármacos tomaban. De éstos, los fármacos más consumidos eran los antihipertensivos (un 47,8% los tomaban), seguidos de los fármacos para la circulación (tipo Sintrom) con un 29,0%. Tomaban fármacos para dormir o tranquilizarse (tipo Orfidal) un 19,5%, antiinflamatorios un 18,8%, diuréticos un 14,0% y antidepresivos un 9,6%.

Tabla 27: Porcentaje de encuestados que toman fármacos específicos

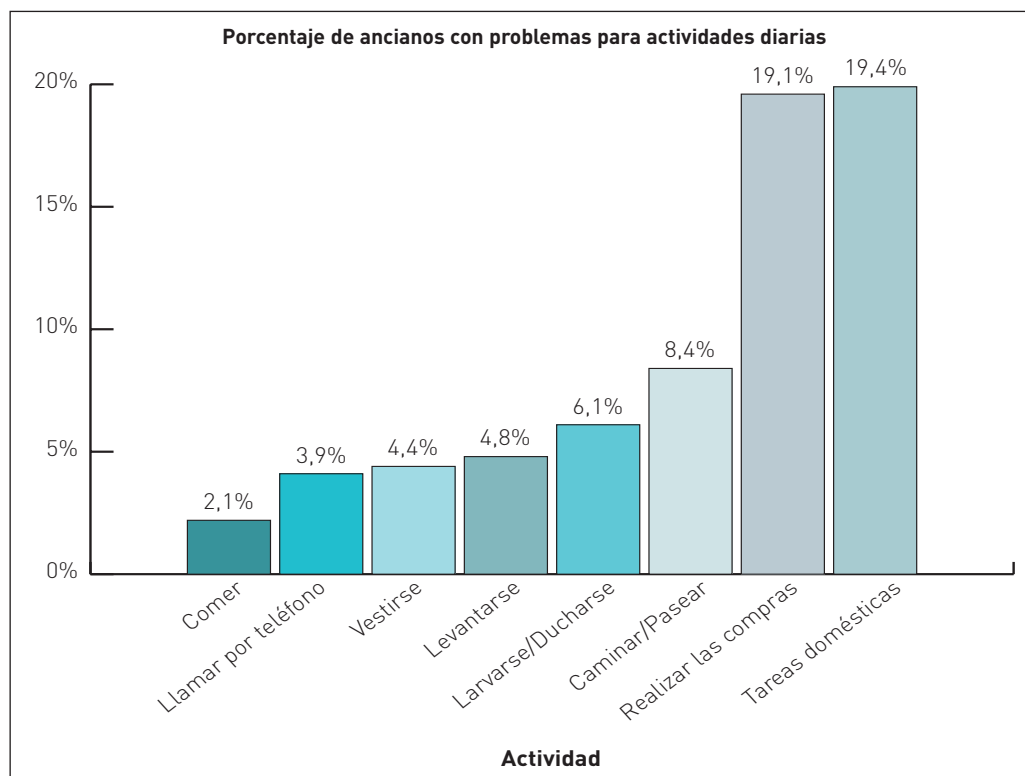
FÁRMACO	% de los toman ese fármaco a diario
Para la tensión	47,8%
Para la circulación	29,0%
Para dormir o tranquilizarse	19,5%
Antiinflamatorios	18,8%
Para orinar	14,0%
Para la depresión	9,6%

*Los % han sido calculados sobre una N de 1.125.

4.2.4 Dificultad para actividades diarias y ayudas a las actividades de la vida diaria (AVD)

Dificultad para las actividades diarias: Se preguntó a los mayores encuestados sobre una serie de actividades cotidianas, preguntando si tenían alguna dificultad en realizar la misma. En la tabla siguiente vienen reflejados los porcentajes de los encuestados que tenían alguna dificultad para realizar las actividades diarias específicas. Como se puede ver en la tabla hay algunas actividades que presentan más dificultades que otras. Las que más dificultades presentaban a los mayores eran realizar las tareas domésticas (19,4%) y realizar las compras (19,1%), mientras que llamar por teléfono y comer eran las que menos problemas ofrecían (solo un 3,9% y un 2,1% respectivamente referían tener dificultades para ello).

Gráfico 5: Distribución de los encuestados por dificultad para tareas cotidianas



*Los % han sido calculados sobre una N de 1619

También hemos encuestado a los mayores sobre las ayudas que utilizan en sus hogares, dividiéndolas en tres apartados: ayudas domiciliarias, ayudas personales, ayudas en el hogar y ayuda para actividades diarias.

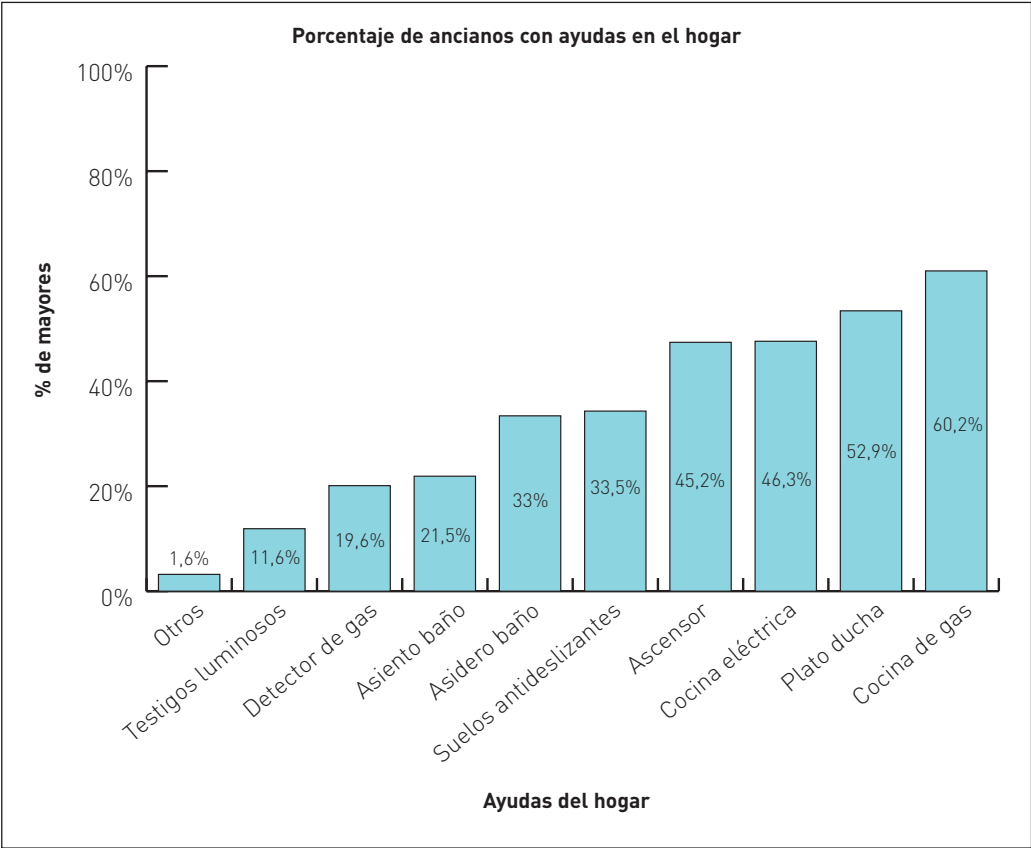
Instalaciones y Ayudas técnicas en el hogar: Hemos preguntado a los mayores sobre las diferentes instalaciones en sus hogares. Para cada una hemos reflejado en la tabla el número absoluto de mayores que disponían de alguna ayuda instalada en sus hogares (sobre el número total de mayores que contestaron a esa pregunta) y su porcentaje correspondiente. La instalación más frecuente era la cocina de gas (60,2%) seguido por el plato de la ducha (52,9% de los mayores lo tenían instalado en sus hogares). 45,2% tenían ascensor, 46,3% cocina eléctrica y 33,0% asidero del baño. Otras ayudas técnicas como los testigos luminosos o detector de gas eran más infrecuentes.

Tabla 28: Distribución de los encuestados por ayudas en el hogar

	% que tenían la instalación/ ayuda en su hogar
Cocina gas	60,2%
Plato de la ducha	52,9%
Cocina eléctrica	46,3%
Ascensor	45,2%
Suelos antideslizantes	33,5%
Asidero del baño	33,0%
Asiento de baño	21,5%
Detector de gas	19,6%
Testigos luminosos	11,6%
Otros	1,6%

*Los % han sido calculados sobre una N de 1619.

Gráfico 6: Distribución de los encuestados por ayudas en el hogar



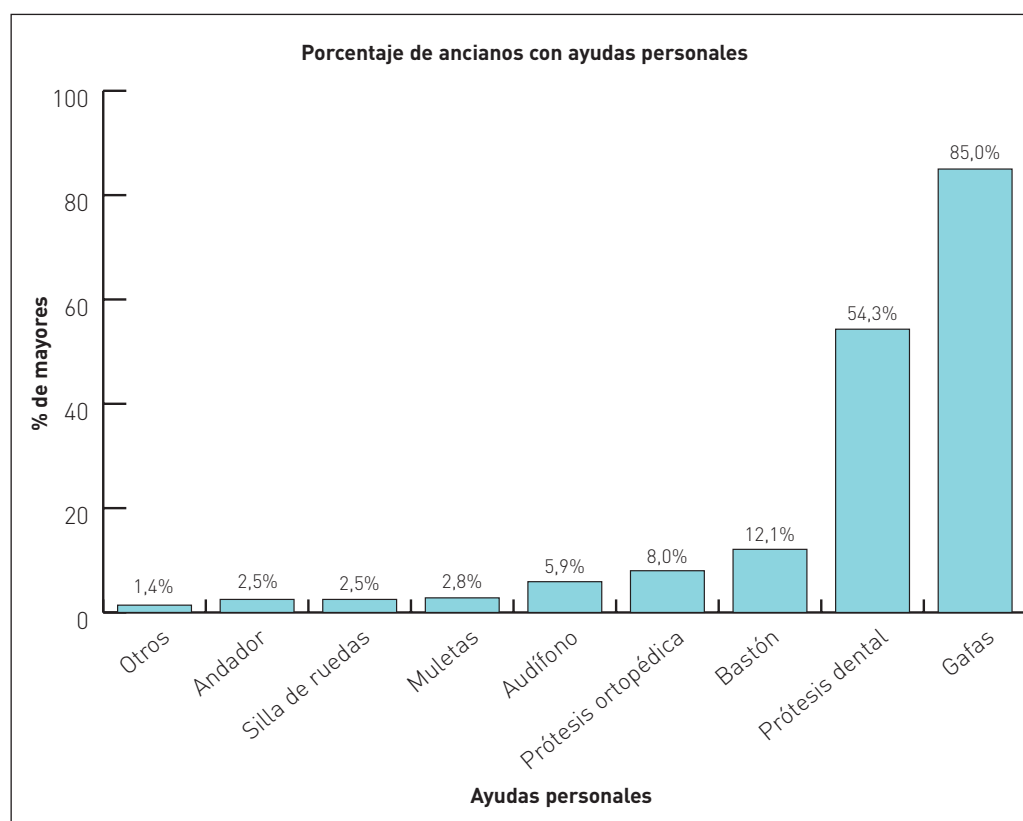
Ayudas técnicas personales: Con respecto a las ayudas personales hemos hallado los resultados que aparecen en la siguiente tabla de igual forma que en la tabla de ayudas en el hogar. Las gafas, la prótesis dental y el bastón fueron las ayudas personales más empleadas por los mayores encuestados con un 85,0%, un 54,3% y un 12,1% respectivamente. El resto de las ayudas personales no rebasaban un 10%.

Tabla 29: Distribución de los encuestados por ayudas personales

	% que tenían la instalación/ ayuda en su hogar
Gafas	85,0%
Prótesis dental	54,3%
Bastón	12,1%
Prótesis ortopédica	8,0%
Audífono	5,9%
Muletas	2,8%
Andador	2,5%
Silla de ruedas	2,5%
Otras ayudas personales	1,4%

*Los % han sido calculados sobre una N de 1619.

Gráfico 7: Distribución de los encuestados por ayudas personales



Ayuda domiciliaria: El 77,0% de los mayores no tenían ninguna clase de ayuda domiciliaria, mientras que el 20,8% de ellos sí la tenían. De los que sí la tenían la mayoría, un 49,6%, la tenían un solo día a la semana

Tabla 30: Distribución de los encuestados por ayuda domiciliaria

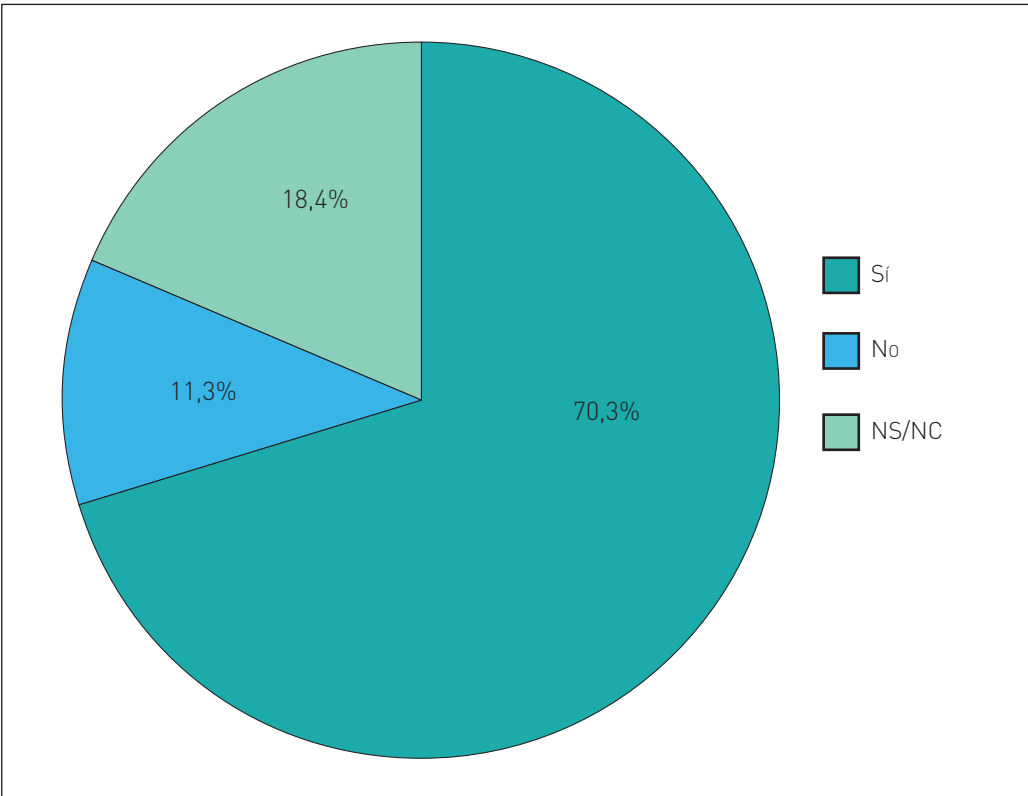
AYUDA DOMICILIARIA	N	%
No	1246	77,0%
Sí	337	20,8%
NS/NC	36	2,2%
TOTAL	1619	100,0%

Tabla 31: Distribución de los encuestados por días domiciliaria

AYUDAS DOMICILIARIAS	N	%
Un día a la semana	167	49,6%
Dos días a la semana	59	17,5%
Tres días a la semana	37	11,0%
Más de tres días a la semana	74	21,9%
TOTAL	337	100,0%

Personal de apoyo: De los que la recibían se les preguntó si contaban con una persona fija para ello. La gran mayoría (un 70,3%) contestaron que sí.

Gráfico 8: Distribución de la ayuda domiciliaria por persona fija



Tiempo de ayuda domiciliaria: En cuanto al tiempo de ayuda domiciliaria, se encuestó a los que sí la tenían sobre las horas a la semana en que se beneficiaban de esa ayuda. La mediana de horas de ayuda domiciliaria fue de 3 horas (RIQ= 2-4). Las personas que más horas de ayuda domiciliaria tenían eran 24 horas (5,9% de los que tenían ayuda domiciliaria) y los que menos 1 hora (2,2% de los encuestados). La media de horas de asistencia fue de 4,67 horas (DE 6,32).

Teleasistencia: También se preguntó a los mayores si tenían teleasistencia, y de tenerla si esta era pública o privada. 72,6% de los encuestados no tenían teleasistencia. Del 9,9% que sí tenía teleasistencia

Tabla 32: Distribución de los encuestados por teleasistencia

TELEASISTENCIA	N	%
No	1175	72,6%
Sí	160	9,9%
NS/NC	284	17,5%
TOTAL	619	100,0%

Tabla 33: Distribución de los encuestados por tipo de teleasistencia

TELEASISTENCIA	N	%
Pública	136	85,0%
Privada	24	15,0%
TOTAL	619	100,0%

De las 160 personas mayores que refirieron tener teleasistencia, 83 nos informaron desde cuándo la tenían:

Tabla 34: Distribución de teleasistencia por ayuda año de inicio

CUELTAN CON TELEASISTENCIA DESDE EL AÑO	N	%
1990	1	1,2%
1997	2	2,4%
2000	10	12,0%
2001	2	2,4%
2002	2	2,4%
2003	8	9,6%
2004	14	16,9%
2005	17	20,5%
2006	20	24,1%
2007	7	8,4%
TOTAL	83	100,0%

4.2.5 Costumbres y hábitos de salud

Comidas al día: Se preguntó el número de comidas al día que hacían los mayores encuestados. El 68,0% contestó que comía tres veces al día, 27,5% que comía más de tres veces al día. Finalmente solo el 4,0% comía dos veces al día y 0,2% una sola vez.

Tabla 35: Distribución de los encuestados por comidas al día

COMIDAS AL DÍA	N	%
Una	4	0,2%
Dos	65	4,0%
Tres	1101	68,0%
Más de tres	445	27,5%
NS/NC	4	0,2%
TOTAL	1619	100,0%

Alimentación: Se quiso ver en esta encuesta las costumbres alimenticias de los mayores. Los resultados se pueden ver en las tablas y gráficos siguientes: La mayoría de los encuestados consumían productos lácteos, fruta fresca y verduras a diario. La carne, el pescado y las legumbres se consumían en la mayoría de los casos una o dos veces por semana para la mayoría de las personas mayores.

Tabla 36: Distribución de los encuestados por consumo de productos lácteos

PRODUCTOS LÁCTEOS (LECHE, QUESO, YOGUR)	N	%
A diario	1425	88,0%
Tres o más veces por semana, pero no a diario	39	2,4%
Una o dos veces por semana	40	2,5%
Menos de una vez por semana	22	1,4%
Nunca o casi nunca	91	5,6%
NS/NC	2	0,1%
TOTAL	1619	100,0%

Tabla 37: Distribución de los encuestados por consumo de alimentos

	PESCADO		CARNE		LEGUMBRES		FRUTA FRESCA		VERDURAS Y HORTALIZAS	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
A diario	127	7,8%	81	5,0%	119	7,4%	1461	90,2%	784	48,4%
Tres o más veces por semana, pero no a diario	600	37,1%	517	31,7%	514	31,7%	54	3,3%	395	24,4%
Una o dos veces por semana	764	47,2%	848	52,4%	808	49,9%	49	3,0%	323	20,0%
Menos de una vez por semana	101	6,2%	121	7,5%	136	8,4%	20	1,2%	73	4,5%
Nunca o casi nunca	24	1,5%	43	2,7%	36	2,2%	29	1,8%	32	2,0%
NS/NC	3	0,2%	9	0,6%	6	0,4%	6	0,4%	12	0,7%
TOTAL	1619	100,0%	1619	100,0%	1619	100,0%	1619	100,0%	1619	100,0%

- **Deporte y actividad física:** 65,5% de los mayores encuestados practicaban algún tipo de deporte o actividad física. 31,1% contestaron que no practicaban ninguno. A los que si practicaban algún deporte o actividad física se les preguntó sobre qué tipo de deporte actividad física practicaban. La gran mayoría, un 80,6% andaban o paseaban, siendo el resto de los deportes más minoritarios.

Tabla 38: Distribución de los encuestados por práctica de deporte

PRACTICA ALGÚN DEPORTE	N	%
Sí	1061	65,5%
No	504	31,1%
NS/NC	54	3,3%
TOTAL	1619	100,0%

Tabla 39: Distribución de los encuestados por tipo deporte

DEPORTE	N	%
Andar/Pasear	855	80,6%
Gimnasia	60	5,7%
Otros	43	4,1%
Natación	41	3,9%
Bicicleta	27	2,5%
NS/NC	35	3,3%
TOTAL	1061	100,0%

- **Actividad cultural o de ocio:** 56,8% de los mayores encuestados practicaban alguna actividad cultural o de ocio mientras que 40,2% contestaron que no practicaban ninguna. A los que si practicaban alguna actividad se les preguntó sobre qué tipo de deporte practicaban. Un 49,2% se dedicaba a lectura o escritura, un 19,0% tenía alguna otra actividad no especificada en la encuesta, mientras que el 14,6% acudía a un club de mayores. El resto de los mayores se repartieron entre trabajos manuales (7,8%), centro de día (2,3%) y club deportivo (2,3%).

Tabla 40: Distribución de los encuestados por práctica de actividad de ocio

ACTIVIDAD CULTURAL O DE OCIO	N	%
Sí	919	56,8%
No	651	40,2%
NS/NC	49	3,0%
TOTAL	1619	100,0%

Tabla 41: Distribución de los encuestados por tipo de actividad de ocio

ACTIVIDAD	N	%
Lectura/Escritura	452	49,2%
Otros	175	19,0%
Club de mayores	134	14,6%
Trabajos manuales	72	7,8%
Centro de día	21	2,3%
Club deportivo	21	2,3%
NS/NC	44	4,8%

4.3 Análisis global (no estratificado)

Teniendo en cuenta la prevalencia de las caídas en el domicilio (un 14,7), a continuación desarrollamos un análisis según las distintas variables y contingencias con la que hemos venido trabajando con el fin de averiguar que factores pueden estar asociados a las caídas en las personas mayores.

4.3.1 Características sociodemográficas

Provincia: Se apreciaron diferencias significativas ($p=0,003$) en el número de caídas de los mayores dependiendo de la provincia. Las provincias donde los mayores se caían en mayor medida fueron Santa Cruz de Tenerife y Sevilla (24,5% de los mayores refirieron caerse en el último año) mientras que la provincia con menos porcentaje de caídas fue Toledo con un 7,0%.

Tabla 42: Distribución de las caídas según la provincia

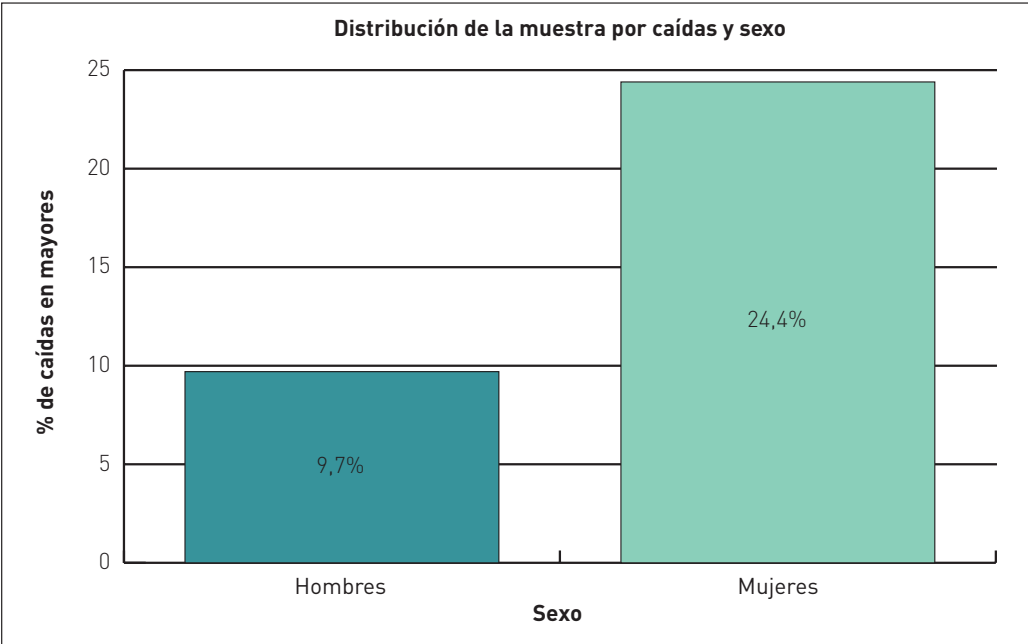
PROVINCIA	Ha sufrido caídas en el último año		TOTAL
	SÍ	NO	
Sevilla	24,5%	75,5%	110
Tenerife	24,5%	75,5%	49
Málaga	23,8%	76,2%	147
Burgos	20,0%	80,0%	15
Valencia	16,0%	84,0%	125
Las Palmas	15,0%	85,0%	40
Barcelona	14,4%	85,6%	263
Madrid	13,6%	86,4%	448
A Coruña	13,0%	87,0%	54
Badajoz	10,9%	89,1%	55
Vizcaya	9,3%	90,7%	97
Zaragoza	8,3%	91,7%	60
Toledo	7,0%	93,0%	86

Sexo: El 9,7% de los hombres refirieron haberse caído en el último año significativamente menos que las mujeres (24,4%) ($P<0,001$).

Tabla 43: Distribución de las caídas según el sexo

SEXO	Ha sufrido caídas en el último año		TOTAL N
	SÍ	NO	
Hombre	9,7%	90,3%	972
Mujer	24,4%	75,6%	569

Gráfico 9: Distribución de las caídas según el sexo



Edad: La mediana de edad del grupo de mayores que no había sufrido caídas en el último año fue de 65 años mientras que la del grupo que sí sufrió caídas fue de 68 años. Esta diferencia resulto ser estadísticamente significativo ($P<0,001$).

Estado civil: También hubo diferencias significativas entre el número de caídas dependiendo del estado civil del encuestado (p. de razón de verosimilitud $< 0,001$) aunque al realizar el análisis uno a uno, las diferencias solo eran significativas entre el grupo de los casados/as y cualquiera de las demás categorías. Así, solo un 11,2% de los casados referían haberse caído en el último año frente a 23, 6% de los viudos ($p<0,001$), 28,6% de los separados ($p=0,005$), 33,3% de los divorciados ($p=0,007$), y 25% de los solteros ($p<0,001$).

Tabla 44: Distribución de las caídas según estado civil

ESTADO CIVIL	Ha sufrido caídas en el último año		TOTAL N
	SÍ	NO	
Casado/a	11,2%	88,8%	1004
Viudo/a	23,6%	76,4%	394
Separado/a	28,6%	71,4%	28
Divorciado/a	33,3%	66,7%	15
Soltero/a	25,0%	75,0%	80

Estudios: Lo mismo sucedió para la variable estudios con una razón de verosimilitud con una $P=0,009$. Como se puede ver en la tabla, los mayores que menos se cayeron en los 12 últimos meses fueron los que tenían estudios medios (8,8%) mientras que los que más se cayeron fueron los que no tenían ninguna clase de estudios (19,2%). El análisis por parejas indicó que las diferencias estadísticamente significativas estaban entre los que tenían estudios medios y los que no tenían estudios ($P=0,004$). También se acercó a la significación estadística la diferencia entre los grupos con estudios superiores y los que tenían estudios medios (8,8% frente a 15,5% con una $P=0,074$). No hubo diferencias entre los demás grupos.

Tabla 45: Distribución de las caídas según el nivel de estudios

ESTUDIOS	Ha sufrido caídas en el último año		TOTAL N
	SÍ	NO	
Sin estudios	19,2%	80,8%	495
Estudios básicos	14,0%	86,0%	743
Estudios medios	8,8%	91,2%	137
Estudios superiores	15,5%	84,5%	174

Convivencia: En cuanto a la convivencia, la razón de verosimilitud ($p < 0,001$) indicó que existían diferencias entre el porcentaje de caídas dependiendo de con quién convivía la persona mayor. Como se ve en la tabla de contingencia, los que más se cayeron fueron los que vivían solos (25,3%) y los que menos los que convivían con su pareja (10,6%). Una vez más se realizó el análisis por parejas. El vivir solo resultó estar asociado a un mayor porcentaje de caídas en comparación con casi todos los demás estilos de convivencia. La diferencia entre estos últimos que viven solos y los que vivían con sus hijos ($p=0,011$) o con su pareja ($p<0,001$) resultó ser estadísticamente significativa. Aunque el grupo de los que vivían solos también se caía más que los que vivían con otro tipo de gente no especificada o los que convivían con su cuidador, estas diferencias no fueron significativas ($p=0,079$ en ambos casos).

Resultó también estadísticamente significativa la diferencia entre las caídas de los que vivían con su pareja (10,6% de ellos se cayeron en el último año) con respecto a los que vivían con sus hijos (17,2% de ellos se cayeron en el último año) con una $p=0,003$.

No hubo diferencias entre los demás grupos en cuanto a caídas en el último año.

Tabla 46: Distribución de las caídas según la convivencia

CONVIVENCIA	Ha sufrido caídas en el último año		TOTAL N
	SÍ	NO	
Vive solo/a	25,3%	74,7%	296
Vive con cuidador/a	15,5%	84,5%	71
Vive con pareja	10,6%	89,4%	770
Vive con hijos/as	17,2%	82,8%	344
Otros	15,5%	84,5%	71

4.3.2 Salud de los Mayores y medicación

Enfermedad: El 17,5% de los que declararon padecer alguna enfermedad se cayeron en el último año frente a un 10,9% de los sanos que también se cayeron en los últimos 12 meses. Esta diferencia fue estadísticamente significativa ($p=0,012$).

Tabla 47: Distribución de las caídas según enfermedad

PADECE ALGUNA ENFERMEDAD	Ha sufrido caídas en el último año		TOTAL N
	SÍ	NO	
Sí	17,5%	82,5%	1101
No	10,9%	89,1%	239

Enfermedades: Se analizó la posible asociación de todas las enfermedades con las caídas en los últimos 12 meses. En la tabla se presentan los porcentajes de mayores con la enfermedad en cuestión que han sufrido caídas frente al porcentaje de mayores sin la enfermedad que también han sufrido caídas (entre paréntesis aparece la n total sobre el que se ha calculado el porcentaje). La p indica si la diferencia entre ambos porcentajes resulta estadísticamente significativa ($p<0,005$).

Tabla 48: Distribución de las caídas según tipo de enfermedad

ENFERMEDAD	% de enfermos que se han caído (n)	% de sanos que se han caído	P
Hipertensión	18,9%(112)	16,2%(79)	$p=0,248$
Diabetes	21,2%(46)	16,9%(147)	$p=0,140$
Artrosis/Artritis	23,7%(139)	10,8%(54)	$p<0,001^*$
Audición	20,8%(45)	16,9%(145)	$p=0,176$
Bucodentales	22,8%(71)	15,0%(113)	$p=0,002^*$
Corazón	17,8%(43)	17,8%(149)	$p=0,988$
Incontinencia Urinaria	24,6%(43)	16,5%(149)	$p=0,011^*$
Parkinson	31,3%(5)	17,4%(183)	$p=0,179$
Problemas digestivos	23,9%(51)	16,3%(141)	$p=0,009^*$
Pies	28,3%(63)	15,3%(131)	$p<0,001^*$
Visuales	21,9%(94)	15,1%(97)	$p=0,004^*$
Neurológica	31,7%(66)	14,8%(128)	$p<0,001^*$
Osteoporosis	29,7%(71)	14,4%(116)	$p<0,001^*$
Respiratoria	18,2%(44)	17,5%(146)	$p=0,808$
Trastorno del sueño	27,0%(90)	13,9%(104)	$p<0,001^*$
Otras enfermedades	18,2%(58)	15,3%(86)	$p=0,258$
Demencia	40,0%(10)	17,1%(174)	$p=0,006^*$
Mentales	31,5%(67)	14,5%(125)	$p<0,001^*$

*Diferencias estadísticamente significativas ($p<0,05$)

Como se puede observar prácticamente todas las patologías implican un mayor nivel de caídas en el mayor. Únicamente las enfermedades del corazón, las respiratorias, la hipertensión, la diabetes, el parkinson y la categoría “otras enfermedades” no presentaron una clara asociación con un mayor nivel de caídas. Sin embargo también en estas los mayores porcentajes de caídas se presentaban en los que padecían la enfermedad.

Medicación

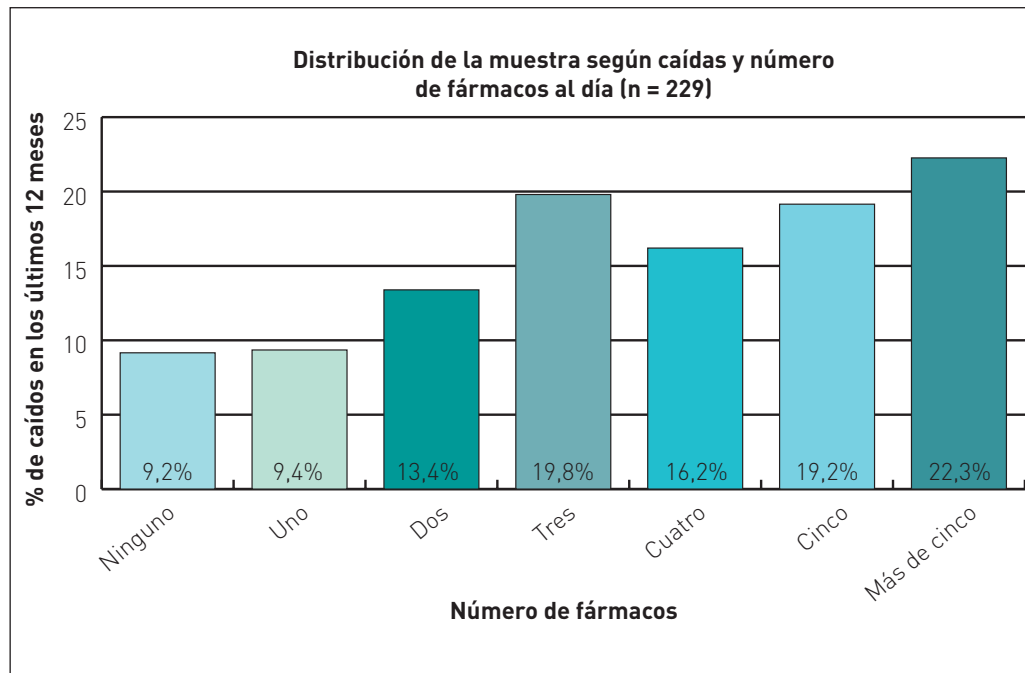
Número de fármacos al día: En el gráfico se muestra el porcentaje de mayores que se caían en función de cuantos fármacos al día tomaban. Los mayores que menos se caían fueron los que no tomaban ninguna clase de fármaco, mientras que los que más se cayeron fueron los que tomaban más de cinco fármacos.

Tabla 49: Distribución de las caídas según número de fármacos

CUÁNTOS FÁRMACOS AL DÍA	Ha sufrido caídas en el último año		TOTAL N
	SÍ	NO	
Ninguno	9,2%	90,8%	251
Uno	9,4%	90,6%	278
Dos	13,4%	86,6%	239
Tres	19,8%	80,2%	202
Cuatro	16,2%	83,8%	142
Cinco	19,1%	80,9%	94
Más de cinco	22,3%	77,7%	301

Tabla de contingencia Cuantos fármacos al día * Ha sufrido caídas en el último año

Gráfico 10: Distribución de las caídas según nº de fármacos consumidos



Como se aprecia en el gráfico de barras, parece haber una asociación lineal entre el número de fármacos consumido y las caídas (asociación lineal por lineal $p < 0,001$) siendo la tendencia de más porcentaje de caídas cuantos más fármacos se consumen.

Fármacos: A continuación desglosaremos los resultados según el tipo de fármaco consumido:

Tabla 50: Distribución de las caídas según tipos de fármacos consumidos

FÁRMACO	% que lo consumían que se han caído (n)	% que NO lo consumían que se han caído	P
Para orinar	19,7%(42)	15,8%(161)	p=0,159
Para la circulación	19,7%(90)	14,2%(115)	P=0,013*
Para dormir	26,7%(81)	13,4%(110)	P<0,001*
Para la depresión	36,1%(53)	13,4%(141)	P<0,001*
Para la tensión	18,0%(135)	13,9%(68)	P=0,058
Antiinflamatorios	24,7%(72)	13,8%(129)	P<0,001*

*Diferencias estadísticamente significativas ($p<0,05$)

Como se puede observar, en todos los casos es mayor el porcentaje de mayores que se caen cuando toman cualquier tipo de fármaco siendo las diferencias estadísticamente significativas (o muy cercanas a la significación estadística) en casi todos los casos.

4.3.3 Dificultad para actividades diarias y Ayudas a las actividades de la vida diaria (AVD)

Dificultad para tareas cotidianas: En la tabla siguiente se muestran las diferencias entre el porcentaje de caídas entre los que tienen dificultad para realizar las actividades cotidianas mencionadas y los que no presentan dificultad para las mismas. Como se puede observar las diferencias resultan estadísticamente significativas en todos los casos, excepto entre los grupos que tienen dificultad para hablar por teléfono y lo que no, siendo siempre mayor el porcentaje de caídas entre los mayores que refieren dificultad para las tareas cotidianas.

Tabla 51: Distribución de las caídas según dificultad para tareas cotidianas

FÁRMACO	% que lo consumían que se han caído (n)	% que NO lo consumían que se han caído	P
Levantarse	35,1%(26)	14,4%(212)	P<0,001*
Lavarse/Ducharse	37,6%(35)	13,9%(201)	P<0,001*
Vestirse	34,4%(26)	14,2%(208)	P<0,001*
Comer	48,4%(15)	14,7%(220)	P<0,001*
Tareas domésticas	20,3%(61)	14,0%(173)	P=0,007*
Caminar/Pasear	32,5%(40)	13,9%(194)	P<0,001*
Realizar las compras	26,1%(77)	12,7%(156)	P<0,001*
Llamar por teléfono	22,0%(13)	14,8%(213)	p=0,131

*Diferencias estadísticamente significativas ($p<0,05$)

Ayudas técnicas e instalaciones en el hogar: En la tabla siguiente se muestran las diferencias entre el porcentaje de caídas entre los que tienen diferentes ayudas en el hogar y lo que no las tenían. En general no parece existir diferencias significativas entre ambos grupos.

Tabla 52: Distribución de las caídas según ayudas técnicas y ayudas del hogar

AYUDA DEL HOGAR	% de caídos entre los que tiene la ayuda en su hogar (n)	% de caídos entre los que no tienen la ayuda en su hogar (n)	P
Asidero baño	17,2%(88)	14,4%(149)	P=0,145
Plato ducha	15,8%(131)	14,7%(106)	P=0,571
Suelos antideslizantes	14,1%(75)	16,0%(159)	P=0,331
Cocina gas	15,1%(142)	15,4%(93)	P=0,874
Cocina eléctrica	13,9%(101)	16,3%(130)	P=0,189
Detector gas	14,1%(44)	15,5%(189)	P=0,542
Testigos luminosos	13,1%(24)	15,5%(208)	p=0,395
Ascensor	15,0%(108)	14,9%(16)	P=0,927
Asiento baño	16,8%(57)	14,9%(178)	P=0,398
Otras ayudas	30,0%(3)	12,1%(100)	p=0,114

*Diferencias estadísticamente significativas ($p<0,05$)

Ayudas técnicas personales: En la tabla siguiente se muestran las diferencias entre el porcentaje de caídas entre los que utilizan algún tipo de ayuda personal y los que no las utilizan. Como se pudo comprobar en la tabla siguiente, los mayores que necesitan de algún tipo de ayuda personal se caen con más frecuencia que los que no necesitaban este tipo de ayudas.

Tabla 53: Distribución de las caídas según ayudas personales

AYUDA DEL HOGAR	%de caídos entre los que tiene la ayuda en su hogar (n)	% de caídos entre los que no tienen la ayuda en su hogar (n)	P
Gafas	15,1%(203)	16,4%(35)	P=0,629
Audífono	23,%(21)	14,8%(216)	P=0,025*
Prótesis dental	16,9%(145)	13,4%(93)	P=0,056
Bastón	20,7%(40)	14,6%(197)	P=0,028*
Andador	43,6%(27)	14,7%(218)	P<0,001*
Muletas	37,2%(16)	14,6%(215)	P<0,001*
Prótesis ortopédica	13,9%(101)	16,3%(130)	P=0,189
Silla de ruedas	40,0%(14)	14,6%(217)	P<0,001*

*Diferencias estadísticamente significativas ($p<0,05$)

Ayuda domiciliaria: Los mayores que tenían ayuda domiciliaria se cayeron 19,8%, significativamente más que los que no tenían ningún tipo de ayuda domiciliaria, que se cayeron un 14,1%.

Tabla 54: Distribución de las caídas según ayuda domiciliaria

AYUDA DOMICILIARIA	Ha sufrido caídas en el último año		TOTAL
	SÍ	NO	N
Sí	19,8%	80,2%	263
No	14,1%	85,9%	1039

Persona fija: No hubo diferencias significativas entre las caídas de aquellos que tenían ayuda domiciliaria con persona fija y lo que no la tenían ($p=0,419$).

Tabla 55: Distribución de las caídas según persona fija en la ayuda domiciliaria

PERSONA FIJA	Ha sufrido caídas en el último año		TOTAL N
	SÍ	NO	
Sí	18,8%	81,2%	245
No	17,4%	82,6%	86

Teleasistencia: Los mayores que tenían teleasistencia (pública o privada) se cayeron 23,5%, significativamente más que los que no tenían ningún tipo de teleasistencia que se cayeron un 14,7%.

Tabla 56: Distribución de las caídas según teleasistencia

TELEASISTENCIA	Ha sufrido caídas en el último año		TOTAL N
	SÍ	NO	
Sí	23,5%	76,5%	153
No	14,7%	85,3%	1153

4.3.4 Costumbres y hábitos de salud

Hábitos alimenticios: Se analizó a continuación si existía asociación entre las caídas en los mayores y los hábitos alimenticios. En cuanto a la cantidad de verduras, lácteos, pescado, carne, hortalizas, pescado y fruta que tomaban, únicamente se encontró una tendencia lineal en el caso del consumo de carne y en el caso de verduras y hortalizas. Tanto en el caso de la carne como en el de las verduras y hortalizas, parece que exista una asociación entre un mayor porcentaje de caídas relacionado con un menor consumo de estos dos tipos de alimentos (en ambos casos $p < 0,005$).

Tabla 57: Distribución de las caídas según consumo de carne

CARNE	Ha sufrido caídas en el último año		TOTAL N
	SÍ	NO	
A diario	11,0%	89,0%	73
Tres o más veces por semana, pero no a diario	14,5%	85,5%	505
Una o dos veces por semana	14,4%	85,6%	819
Menos de una vez por semana	21,7%	78,3%	115
Nunca o casi nunca	35,0%	65,0%	40

Gráfico 11: Distribución de las caídas según consumo de carne

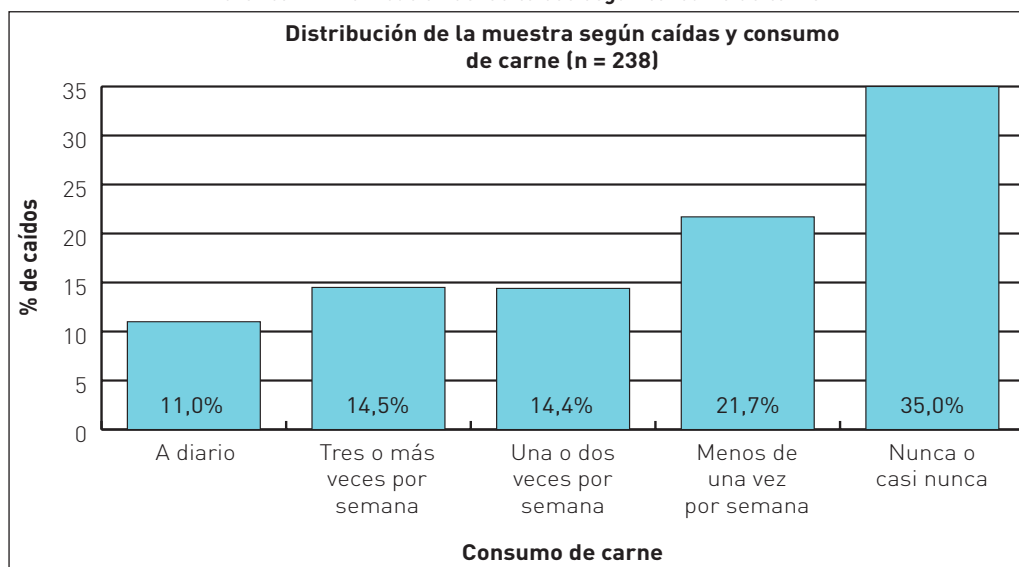
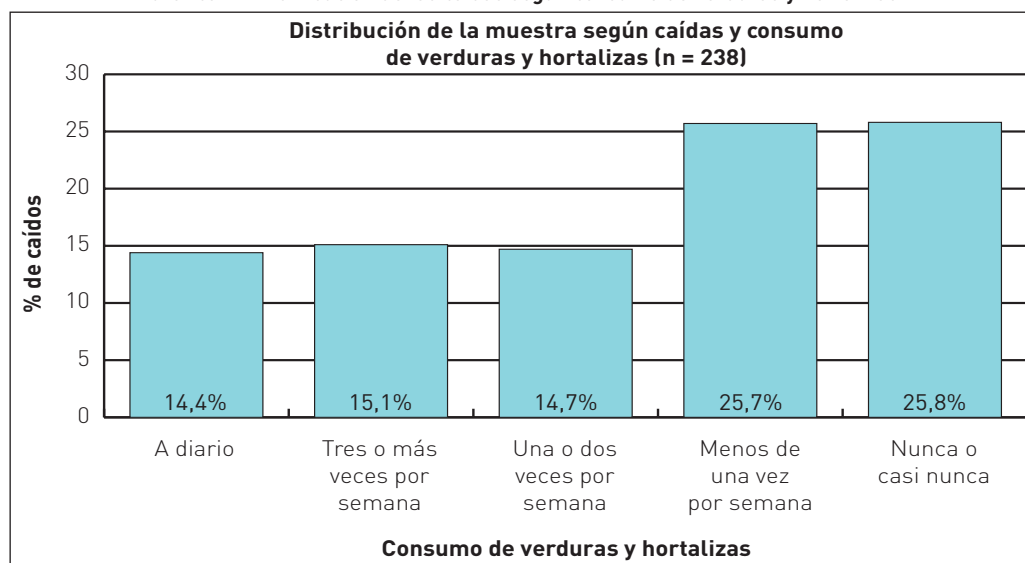


Tabla 58: Distribución de las caídas según consumo de verduras y hortalizas

VERDURAS Y HORTALIZAS	Ha sufrido caídas en el último año		TOTAL N
	SÍ	NO	
A diario	14,4%	85,6%	751
Tres o más veces por semana, pero no a diario	15,1%	84,9%	390
Una o dos veces por semana	14,7%	85,3%	307
Menos de una vez por semana	25,7%	74,3%	70
Nunca o casi nunca	25,8%	74,2%	31

Gráfico 12: Distribución de las caídas según consumo de verduras y hortalizas

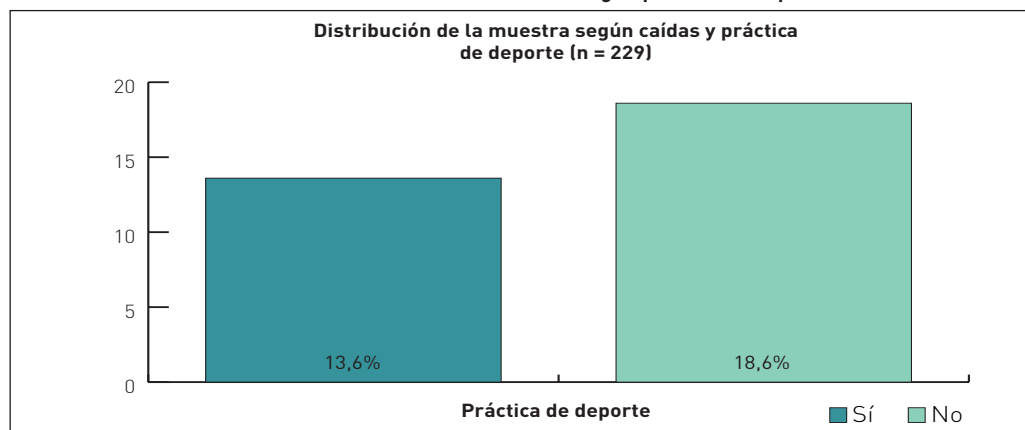


Deportes y actividad física: Como se puede observar en la tabla de contingencia, el grupo que no practicaba ningún deporte o actividad física se cayó significativamente más (18,6%) que el grupo de mayores que si que practicaba algún deporte (13,6%). Esta diferencia fue estadísticamente significativa ($p=0,011$). No se encontraron diferencias entre el porcentaje de caídas entre los que practicaban distintos deportes.

Tabla 59: Distribución de las caídas según práctica de deporte

¿PRACTICA ALGÚN DEPORTE?	Ha sufrido caídas en el último año		TOTAL N
	SÍ	NO	
Sí	13,6%	86,4%	1032
No	18,6%	81,4%	478

Gráfico 13: Distribución de las caídas según práctica de deporte



Actividad de ocio: No se encontraron diferencias entre el porcentaje de caídas de los mayores que sí tenían alguna actividad cultural o de ocio (14,4% de ellos refirieron caídas en los últimos 12 meses) y los que no practicaban ninguna actividad cultural, aunque estos últimos se cayeron más que los primeros (16,1%). El tipo de actividad cultural o de ocio tampoco parece estar relacionada con las caídas.

4.4 Análisis estratificado por sexo

Se realizó un análisis estratificado por sexo de aquellas variables que se consideraron clínicamente más relevantes en la asociación con las caídas y aquellas que resultaron estar asociadas de forma estadísticamente significativa en el análisis univariado. Dicho análisis permitirá evaluar dicha asociación en cada uno de los estratos de la variable sexo.

4.4.1 Características sociodemográficas

Estudios: Al realizar el análisis estratificado según el sexo, apreciamos que en el estrato de los hombres no se aprecian diferencias significativas ($p=0,295$), mientras que en las mujeres las diferencias sí que resultan significativas ($p=0,029$) siendo el grupo de “sin estudios” el que presenta mayor frecuencia de caídas.

Tabla 60: Distribución de las caídas según nivel de estudios estratificado por sexo

SEXO		Ha sufrido caídas en el último año		TOTAL N
		SÍ (%)	NO (%)	
Hombre	Sin estudios	8,9%	91,1%	270
	Estudios básicos	10,1%	89,9%	465
	Estudios medios	5,9%	94,1%	101
	Estudios superiores	13,1%	86,9%	130
Mujer	Sin estudios	31,2%	68,8%	221
	Estudios básicos	20,2%	79,8%	272
	Estudios medios	14,7%	85,3%	34
	Estudios superiores	23,8%	76,2%	42

Estado civil: No se aprecian diferencias en el porcentaje de caídas según el estado civil en el estrato de los hombres ($p=0,283$), sin embargo en las mujeres dicha distribución sí que muestra diferencias significativas ($p=0,008$) siendo el grupo de casadas las que menos riesgo presentan.

Tabla 61: Distribución de las caídas según estado civil estratificado por sexo

SEXO		Ha sufrido caídas en el último año		TOTAL
		SÍ (%)	NO (%)	
Hombre	Casado/a	9,7%	90,3%	821
	Viudo/a	8,1%	91,9%	74
	Separado/a	12,5%	87,5%	8
	Divorciado/a	0,0%	100,0%	6
	Soltera/a	20,6%	79,4%	34
Mujer	Casado/a	16,1%	83,9%	174
	Viudo/a	27,2%	72,8%	316
	Separado/a	35,0%	65,0%	20
	Divorciado/a	55,6%	44,4%	9
	Soltera/a	28,3%	71,7%	46

Convivencia: En cuanto a la convivencia, los datos del análisis estratificado arroja unos datos similares a los de la variable anterior. Las diferencias encontradas en el análisis global son una vez más solo aplicables al estrato de las mujeres ($p=0,028$) mientras que no existen diferencias entre las caídas de los hombres dependiendo de su estilo de convivencia ($p=0,547$). Como se aprecia en la tabla, las mujeres que vivían solas se cayeron mucho más (31,8%) que el resto de las categorías.

Tabla 62: Distribución de las caídas según convivencia estratificado por sexo

SEXO		Ha sufrido caídas en el último año		TOTAL N
		SÍ (%)	NO (%)	
Hombre	Vive solo/a	11,8%	88,2%	93
	Vive con cuidador/a	12,8%	87,2%	47
	Vive con pareja	8,8%	91,2%	623
	Vive con hijos/as	11,5%	88,5%	182
	Otros	4,3%	95,7%	23
Mujer	Vive solo/a	31,8%	68,2%	201
	Vive con cuidador/a	17,4%	82,6%	23
	Vive con pareja	17,3%	82,7%	139
	Vive con hijos/as	23,4%	76,6%	158
	Otros	20,8%	79,2%	48

4.4.2 Salud de los mayores

Enfermedad: Como se aprecia en la tabla, únicamente en el caso del estrato de los hombres hubo una diferencia cercana a la significación estadística ($p=0,056$) mientras que los porcentajes de caídas entre las mujeres enfermas y no enfermas fue bastante similar ($p=683$).

Tabla 63: Distribución de las caídas según enfermedad estratificado por sexo

SEXO			Ha sufrido caídas en el último año		TOTAL N
			SÍ (%)	NO (%)	
Hombre	Padece alguna enfermedad	Sí	11,7%	88,3%	652
		No	6,7%	93,3%	179
Mujer	Padece alguna enfermedad	Sí	25,7%	74,3%	443
		No	23,2%	76,8%	56

Artritis/Artrosis: En ambos estratos se cayeron más los que tenían artrosis o artritis manteniendo los resultados del análisis univariado. En ambos casos estas diferencias fueron significativas ($p=0,008$ para los hombres y $p=0,002$ para las mujeres).

Tabla 64: Distribución de las caídas según artrosis/artritis estratificado por sexo

SEXO			Ha sufrido caídas en el último año		TOTAL N
			SÍ (%)	NO (%)	
Hombre	Artrosis	Sí	15,9%	84,1%	258
	Artritis	No	9,0%	91,0%	378
Mujer	Artrosis	Sí	29,7%	70,3%	320
	Artritis	No	15,4%	84,6%	117

Osteoporosis: Tanto los hombres con osteoporosis, como las mujeres con osteoporosis se cayeron significativamente más (25,0% frente a 10,2% en los hombres y 31,2% frente a 22,8% en las mujeres) que los que no padecían la enfermedad. Las diferencias fueron estadísticamente significativas en el caso de los hombres ($p<0,001$) y cercanos a la significación en las mujeres ($p=0,055$).

Tabla 65: Distribución de las caídas según osteoporosis estratificado por sexo

SEXO			Ha sufrido caídas en el último año		TOTAL N
			SÍ (%)	NO (%)	
Hombre	Osteoporosis	Sí	25,0%	75,0%	68
		No	10,2%	89,8%	548
Mujer	Osteoporosis	Sí	31,2%	68,8%	170
		No	22,8%	77,2%	246

Pies: Únicamente en las mujeres se reveló que las caídas estaban asociadas de forma significativa a las patologías de los pies ($p=0,008$). Las diferencias entre los dos subgrupos de los hombres no resultaron significativas ($p=0,103$).

Tabla 66: Distribución de las caídas según patología de pies estratificado por sexo

SEXO			Ha sufrido caídas en el último año		TOTAL N
			SÍ (%)	NO (%)	
Hombre	Pies	Sí	17,0%	83,0%	88
		No	11,0%	89,0%	546
Mujer	Pies	Sí	34,8%	65,2%	132
		No	22,4%	77,6%	303

Mentales: Se comprobó que las enfermedades mentales estaban asociadas a las caídas tal y como se veía en el análisis univariado, siendo las diferencias estadísticamente significativas en el caso de las mujeres ($p<0,001$) y también en el caso de los hombres ($p=0,029$).

Tabla 67: Distribución de las caídas según enfermedades mentales estratificado por sexo

SEXO			Ha sufrido caídas en el último año		TOTAL N
			SÍ (%)	NO (%)	
Hombre	Mentales	Sí	19,2%	80,8%	78
		No	10,7%	89,3%	550
Mujer	Mentales	Sí	37,7%	62,3%	130
		No	21,1%	78,9%	304

Neurológicas: En los dos estratos se mantuvieron las diferencias que se veían en el análisis univariado, siendo ambas estadísticamente significativas. El subgrupo que más se cayó fue el de las mujeres que tenían patologías neurológicas con un 38,8% de caídas.

Tabla 68: Distribución de las caídas según enfermedades neurológicas estratificado por sexo

SEXO			Ha sufrido caídas en el último año		TOTAL N
			SÍ (%)	NO (%)	
Hombre	Neurológicas	Sí	20,5%	79,5%	83
		No	10,6%	89,4%	546
Mujer	Neurológicas	Sí	38,8%	61,2%	121
		No	21,7%	78,3%	309

Visuales: Únicamente las mujeres con patología visual sufrieron más caídas (34,0%) que el grupo de mujeres sanas (20,0%) ($p=0,001$). Estas diferencias no se mostraron sin embargo entre los dos grupos de los hombres que tuvieron un porcentaje de caídas muy similar independientemente de si tenían patología visual o no ($p=0,884$).

Tabla 69: Distribución de las caídas según patologías visuales estratificado por sexo

SEXO		Ha sufrido caídas en el último año		TOTAL N
		SÍ (%)	NO (%)	
Hombre	Visuales	Sí	11,9%	236
		No	11,5%	392
Mujer	Visuales	Sí	34,0%	188
		No	20,0%	245

4.4.3 Medicación

Fármacos al día: Tanto en el grupo de la mujeres como en el de los hombres, la asociación lineal por lineal fue estadísticamente significativa como en el análisis univariado ($p=0,023$ y $p=0,001$ respectivamente) aunque esta no fue perfecta. En el grupo de los hombres el subgrupo que más caídas refirió fue el que tomaba cinco fármacos, mientras que en el de las mujeres fue el de tres fármacos.

Tabla 70: Distribución de las caídas según nº de fármacos por día estratificado por sexo

SEXO		Ha sufrido caídas en el último año		TOTAL N
		SÍ (%)	NO (%)	
Hombre	Ninguno	6,1%	93,9%	196
	Uno	6,5%	93,5%	184
	Dos	10,4%	89,6%	154
	Tres	9,1%	90,9%	121
	Cuatro	10,8%	89,2%	83
	Cinco	16,7%	83,3%	42
	Más de cinco	14,8%	85,2%	155
Mujer	Ninguno	20,4%	79,6%	54
	Uno	15,1%	84,9%	93
	Dos	18,5%	81,5%	81
	Tres	36,3%	63,8%	80
	Cuatro	21,4%	78,6%	56
	Cinco	21,6%	78,4%	51
	Más de cinco	29,2%	70,8%	144

Fármacos para dormir o tranquilizarse: En ambos grupos las diferencias reveladas en el análisis univariado fueron de nuevo estadísticamente significativas ($p<0,001$ para las mujeres y $p=0,013$ para los hombres).

Tabla 71: Distribución de las caídas según consumo de tranquilizantes estratificado por sexo

SEXO		Ha sufrido caídas en el último año		TOTAL N
		SÍ (%)	NO (%)	
Hombre	Para dormir o tranquilizarse	Sí	16,8%	131
		No	9,4%	597
Mujer	Para dormir o tranquilizarse	Sí	34,3%	169
		No	19,9%	322

Para la tensión: En ambos estratos, los que tomaban fármacos para la tensión tenían un mayor porcentaje de caídas, estas diferencias no resultaron estadísticamente significativas en ninguno de los casos ($p=0,100$ para los hombres y $p=0,407$ para las mujeres).

Tabla 72: Distribución de las caídas según consumo de antihipertensivos estratificado por sexo

SEXO		Ha sufrido caídas en el último año		TOTAL N
		SÍ (%)	NO (%)	
Hombre	Para la tensión	Sí	12,2%	434
		No	8,4%	298
Mujer	Para la tensión	Sí	25,7%	311
		No	22,4%	183

Para la depresión: Tanto en hombres como en mujeres que tomaban antidepresivos, las caídas fueron significativamente más elevadas que en los que no los tomaban, en ambos casos la diferencia fue estadísticamente significativa ($p=0,006$ para los hombres y $p<0,001$ para las mujeres).

Tabla 73: Distribución de las caídas según consumo de antidepresivos estratificado por sexo

SEXO		Ha sufrido caídas en el último año		TOTAL N
		SÍ (%)	NO (%)	
Hombre	Para la depresión	Sí	20,7%	58
		No	9,4%	688
Mujer	Para la depresión	Sí	46,0%	87
		No	19,9%	396

Para la circulación: Tanto los hombres como las mujeres que tomaban fármacos para la tensión arterial refirieron más caídas que los que no las tomaban, siendo estas diferencias cercanas a la significación estadística ($p=0,069$ para los hombres y $p=0,086$ para las mujeres).

Tabla 74: Distribución de las caídas según consumo de fármacos para la circulación estratificado por sexo

SEXO		Ha sufrido caídas en el último año		TOTAL N
		SÍ (%)	NO (%)	
Hombre	Para la depresión	Sí	13,2%	266
		No	8,9%	462
Mujer	Para la depresión	Sí	28,5%	186
		No	21,6%	305

Antiinflamatorios: En ambos estratos se revelaron las mismas diferencias que en el análisis univariante, siendo los grupos que más caídas sufrían los que tomaban antiinflamatorios. Las diferencias fueron estadísticamente significativas en ambos estratos ($p=0,011$ en el de los hombres y $p=0,007$ en el de las mujeres).

Tabla 75: Distribución de caídas según consumo de antiinflamatorios estratificado por sexo

SEXO		Ha sufrido caídas en el último año		TOTAL N
		SÍ (%)	NO (%)	
Hombre	Antiinflamatorios	Sí	16,3%	141
		No	9,0%	587
Mujer	Antiinflamatorios	Sí	32,7%	147
		No	21,1%	341

4.4.4 Ayudas a las actividades de la vida diaria

Levantarse: Como se puede apreciar en la tabla, tanto en hombres como en mujeres que tenían problemas para levantarse el porcentaje de caídas era mucho mayor, si bien la razón de verosimilitud solo es significativa en el caso de los hombres ($P<0,001$).

Tabla 76: Distribución de caídas según dificultad para levantarse estratificado por sexo

SEXO		Ha sufrido caídas en el último año			TOTAL N
		SÍ (%)	NO (%)		
Hombre	Levantarse	Sí	34,3%	65,7%	35
		No	8,8%	91,2%	934
Mujer	Levantarse	Sí	35,1%	64,9%	37
		No	23,8%	76,2%	530

Lavarse: En el caso de la variable ducharse o lavarse, en ambos estratos se mantienen las diferencias estadísticamente significativas, siendo siempre el grupo de los que tenían dificultades los que más se habían caído (30,4% de los hombres y 42,2% de las mujeres) ($p<0,001$ para los hombres y $p=0,004$ para las mujeres).

Tabla 77: Distribución de caídas según dificultad para lavarse estratificado por sexo

SEXO		Ha sufrido caídas en el último año			TOTAL N
			SÍ (%)	NO (%)	
Hombre	Lavarse/Ducharse	Sí	30,4%	69,6%	46
		No	8,6%	91,4%	916
Mujer	Lavarse/Ducharse	Sí	42,2%	57,8%	45
		No	23,1%	76,9%	515

Vestirse: En ambos estratos una vez más se aprecia que los que tenían dificultad para vestirse eran los que más se habían caído, siendo la diferencia estadísticamente significativa en el grupo de los hombres ($p<0,001$) y cercana a la significación estadística en el caso de las mujeres ($p=0,056$).

Tabla 78: Distribución de caídas según dificultad para vestirse estratificado por sexo

SEXO		Ha sufrido caídas en el último año			TOTAL N
		SÍ (%)	NO (%)		
Hombre	Vestirse	Sí	38,7%	61,3%	31
		No	8,6%	91,4%	927
Mujer	Vestirse	Sí	38,2%	61,8%	34
		No	23,7%	76,3%	524

Comer: En el caso de la variable “dificultades para comer” también se mantienen las diferencias reveladas en el análisis univariado, siendo las diferencias entre las caídas en ambos grupos muy marcadas y además estadísticamente significativas ($p=0,038$ en el caso de los hombres y $p<0,001$ en el caso de las mujeres).

Tabla 79: Distribución de caídas según dificultad para comer estratificado por sexo

SEXO			Ha sufrido caídas en el último año		TOTAL N
			SÍ (%)	NO (%)	
Hombre	Comer	Sí	28,6%	71,4%	14
		No	9,3%	90,7%	944
Mujer	Comer	Sí	64,7%	35,3%	17
		No	23,5%	76,5%	541

Tareas domésticas: Al estratificar por sexo, las diferencias entre los grupos que tenían dificultades para realizar las tareas domésticas pasan a no ser significativas para ambos sexos (posiblemente debido a un menor tamaño muestral) aunque los dos grupos con dificultades siguen siendo lo que más caídas refirieron en los últimos 12 meses.

Tabla 80: Distribución de caídas según dificultad para tareas domésticas estratificado por sexo

SEXO			Ha sufrido caídas en el último año		TOTAL N
			SÍ (%)	NO (%)	
Hombre	Tareas domésticas	Sí	12,8%	87,2%	172
		No	9,0%	91,0%	788
Mujer	Tareas domésticas	Sí	29,6%	70,4%	125
		No	22,9%	77,1%	433

Caminar pasear: Al estratificar por sexo, se encuentran unas diferencias mucho mayores entre los dos grupos en el estrato de los hombres (de 8,7% de caídas a 28,8% en lo que referían dificultades con una $p < 0,001$). Estas diferencias también fueron acentuadas en el grupo de las mujeres pero no llegaron a ser estadísticamente significativas ($p = 0,091$).

Tabla 81: Distribución de caídas según dificultad para caminar estratificado por sexo

SEXO			Ha sufrido caídas en el último año		TOTAL N
			SÍ (%)	NO (%)	
Hombre	Caminar/Pasear	Sí	28,8%	71,2%	52
		No	8,7%	91,3%	901
Mujer	Caminar/Pasear	Sí	32,8%	67,2%	67
		No	23,4%	76,6%	488

Realizar las compras: En ambos estratos se mantuvieron las diferencias significativas entre el porcentaje de caídas, siendo esta vez mayor la diferencia en el grupo de la mujeres (14,4% más de caídas en el grupo que refería dificultades).

Tabla 82: Distribución de caídas según dificultad para realizar las compras estratificado por sexo

SEXO			Ha sufrido caídas en el último año		TOTAL N
			SÍ (%)	NO (%)	
Hombre	Realizar las compras	Sí	17,0%	83,0%	153
		No	8,2%	91,8%	803
Mujer	Realizar las compras	Sí	35,3%	64,7%	139
		No	20,9%	79,1%	417

Andador: En ambos grupos se mantuvieron las diferencias estadísticamente significativas, siendo siempre el grupo que usaba andador el que más caída refería (38,5% en los hombres y 46,2% en las mujeres).

Tabla 83: Distribución de caídas según uso de andador estratificado por sexo

SEXO			Ha sufrido caídas en el último año		TOTAL
			SÍ (%)	NO (%)	N
Hombre	Andador	Sí	38,5%	61,5%	13
		No	9,2%	90,8%	944
Mujer	Andador	Sí	46,2%	53,8%	26
		No	24,0%	76,0%	529

Muletas: Se cayeron considerablemente más tanto los hombres como las mujeres que usaban muletas como se puede apreciar en la tabla. Las diferencias fueron significativas para las mujeres ($P=0,010$) y cercanas a la significación estadística en los hombres ($p=0,070$).

Tabla 84: Distribución de caídas según uso de muletas estratificado por sexo

SEXO			Ha sufrido caídas en el último año		TOTAL
			SÍ (%)	NO (%)	N
Hombre	Muletas	Sí	23,5%	76,5%	17
		No	9,3%	90,7%	936
Mujer	Muletas	Sí	46,2%	53,8%	26
		No	23,8%	76,2%	520

Prótesis ortopédicas: El análisis por estratos reveló que únicamente existía diferencia entre el porcentaje de caídas de los hombres que tenían una prótesis ortopédica (16,7%) y lo que no la tenían (9,3%) ($p=0,051$). No se revelaron diferencias entre los dos grupos de mujeres ($p=0,959$).

Tabla 85: Distribución de caídas según uso de prótesis ortopédica estratificado por sexo

SEXO			Ha sufrido caídas en el último año		TOTAL
			SÍ (%)	NO (%)	N
Hombre	Prótesis Ortopédica	Sí	16,7%	83,3%	66
		No	9,3%	90,7%	895
Mujer	Prótesis Ortopédica	Sí	25,0%	75,0%	60
		No	24,7%	75,3%	498

Silla de ruedas: Únicamente los hombres que usaban silla de ruedas tuvieron un porcentaje de caídas significativamente más elevado que el grupo que no usaba silla (41,7% frente a 9,1%). Las mujeres que contestaron que usaban silla de ruedas también se cayeron mucho más, aunque esta diferencia no resultó ser estadísticamente significativa.

Tabla 86: Distribución de caídas según uso de silla de ruedas estratificado por sexo

SEXO			Ha sufrido caídas en el último año		TOTAL
			SÍ (%)	NO (%)	N
Hombre	Silla de ruedas	Sí	41,7%	53,8%	12
		No	9,1%	90,9%	940
Mujer	Silla de ruedas	Sí	40,9%	59,1%	22
		No	24,0%	76,0%	530

Audífono: Como se puede observar en la tabla, en ambos sexos hay más frecuencia de caídas en los que usaban audífono. Esta diferencia sin embargo solo era estadísticamente significativa en el caso de las mujeres ($p=0,019$).

Tabla 87: Distribución de caídas según uso de audífono estratificado por sexo

SEXO		Ha sufrido caídas en el último año		TOTAL
		SÍ (%)	NO (%)	N
Hombre	Audífono	Sí	12,7%	55
		No	9,5%	915
Mujer	Audífono	Sí	41,2%	34
		No	23,3%	532

Teleasistencia: Los hombres que no tenían teleasistencia se cayeron ligeramente más frecuentemente que los que sí la tenían, al contrario que las mujeres (las que tenían teleasistencia se cayeron 8,5% más que las que no la tenían). Las diferencias en ambos casos no fueron estadísticamente significativas.

Tabla 88: Distribución de caídas según teleasistencia estratificado por sexo

SEXO		Ha sufrido caídas en el último año		TOTAL
		SÍ (%)	NO (%)	N
Hombre	Teleasistencia	Sí	8,6%	58
		No	9,8%	763
Mujer	Teleasistencia	Sí	32,6%	95
		No	24,1%	382

4.4.5 Costumbres y hábitos de salud

Deporte: Mientras que en el modelo univariado los mayores que practicaban deporte se cayeron significativamente menos que lo que no practicaban ninguno, estas diferencias ya no resultan significativas en el análisis estratificado, probablemente por un problema de tamaño muestral. Sin embargo se puede apreciar que el practicar deporte disminuye el porcentaje de caídas en mayor medida en el estrato de los hombres (de un 11,9% a un 8,8%) mientras que en el de las mujeres se reduce menos (de 25,7% a 23,1%).

Tabla 89: Distribución de caídas según deporte estratificado por sexo

SEXO		Ha sufrido caídas en el último año		TOTAL
		SÍ (%)	NO (%)	N
Hombre	Practica	Sí	8,8%	690
	algún deporte	No	11,9%	253
Mujer	Practica	Sí	23,1%	334
	algún deporte	No	25,7%	218

Hábitos alimenticios (verduras y hortalizas): Como muestran las tablas, únicamente se vio asociación entre un escaso consumo de verduras y hortalizas en el caso de las mujeres ($p=0,001$). Las mujeres que consumían estos alimentos a diario se cayeron en un 19,5% mientras que 53,8% de las que no las comían nunca o casi nunca se cayeron en el último año. Como muestra la tabla, no existe una tendencia lineal entre el número de caídas y la frecuencia de consumo de verduras y hortalizas en los hombres ($p=0,902$).

Tabla 90: Distribución de caídas según consumo de verduras y hortalizas estratificado por sexo

SEXO		Ha sufrido caídas en el último año		TOTAL N
		SÍ (%)	NO (%)	
Hombre	A diario	10,1%	89,9%	427
	Tres o más veces por semana, pero no a diario	8,5%	91,5%	246
	Una o dos veces por semana	10,3%	89,7%	233
	Menos de una vez por semana	11,9%	88,1%	42
	Nunca o casi nunca	5,9%	94,1%	17
Mujer	A diario	19,5%	80,5%	313
	Tres o más veces por semana, pero no a diario	26,6%	73,4%	143
	Una o dos veces por semana	28,4%	71,6%	74
	Menos de una vez por semana	46,2%	53,8%	26
	Nunca o casi nunca	53,8%	46,2%	13

Hábitos alimenticios (carne): Como muestran las tablas, únicamente se vio asociación (cercana la significación) entre un escaso consumo de carne en el caso de las mujeres ($p=0,058$). Las mujeres que consumían estos alimentos a diario se cayeron en un 21,1% mientras que 48,0% de las que no comían carne nunca o casi nunca se cayeron en el último año. Como muestra la tabla, no existe una tendencia lineal entre el número de caídas y la frecuencia de consumo de carne en los hombres ($p=0,601$).

Tabla 91: Distribución de caídas según consumo de carne estratificado por sexo

SEXO		Ha sufrido caídas en el último año		TOTAL N
		SÍ (%)	NO (%)	
Hombre	A diario	7,4%	92,6%	54
	Tres o más veces por semana, pero no a diario	10,6%	89,4%	341
	Una o dos veces por semana	8,7%	91,3%	505
	Menos de una vez por semana	14,3%	85,7%	56
	Nunca o casi nunca	13,3%	86,7%	15
Mujer	A diario	21,1%	78,9%	19
	Tres o más veces por semana, pero no a diario	21,4%	78,6%	159
	Una o dos veces por semana	23,6%	76,4%	305
	Menos de una vez por semana	28,8%	71,2%	59
	Nunca o casi nunca	48,0%	52,0%	25

5 CONCLUSIONES

Prevalencia de caídas:

La prevalencia de caídas en los últimos 12 meses en nuestra población de estudio ha sido de un 14,7%.

Frecuencia de accidentes:

La frecuencia de los diferentes accidentes domiciliarios en nuestra muestra fue de 4,5% para los cortes, 2,7% para accidentes por fuego, 1,2% para intoxicaciones por medicamentos, 1,1% por intoxicación por alimentos, 0,7% para intoxicaciones por gas y 0,2% por acciones por electricidad. 3,8% tuvieron otra clase de accidentes domiciliarios.

Características sociodemográficas:

- Se han encontrado diferencias significativas entre el porcentaje de caídas en función del sexo, siendo de un 24,4% en mujeres y de un 9,7% en varones.
- También se encontraron diferencias significativas entre el porcentaje de caídas dependiendo de la provincia siendo la más elevada en Santa Cruz de Tenerife (24,5%) y la más baja en Toledo (7,0%).
- El estado civil también fue una variable asociada a las caídas siendo los casados/as los que menos se caían (11,2%) significativamente menos que todas las demás categorías. Al estratificar por sexo, se vio que la asociación entre caídas y estado civil eran mucho más acusadas en mujeres.
- El nivel educativo también influía significativamente en las caídas en mayores, siendo la categoría con menos caídas los que tenían estudios medios (8,8%) mientras que los que más se caían eran los que no tenían estudios (19,2%). Como en la variable anterior, al estratificar por sexo se comprobó que el nivel educativo se asociaba mucho más con el nivel de caídas en mujeres (no resultando las diferencias significativas entre los distintos niveles educativos para hombres), siendo el grupo más desfavorecido el que no tenía estudios.
- Con quién convivía la persona mayor también resultó estar asociado con las caídas de forma estadísticamente significativa. Estas diferencias se encontraron entre los que vivían solos (que se cayeron un 25,3%), con todas las demás categorías que se cayeron significativamente menos. Una vez más, el estilo de convivencia parece estar mucho más relacionado con las caídas en el grupo de las mujeres mientras que en el grupo de los hombres no parecía tener un efecto significativo.

Salud en los Mayores:

- La salud resultó ser uno de los factores relacionados con el nivel de caídas en los mayores. Los que no tenían ninguna patología se cayeron

significativamente menos (10,9%) que los que si padecían alguna enfermedad (17,5%). Al estratificar según el sexo, se vio que el estar o no enfermo influía más en el porcentaje de caídas en el grupo de los hombres. El grupo de mujeres enfermas y el grupo de mujeres sanas refirieron tener un porcentaje de caídas similares.

- Prácticamente tener cualquier patología de las analizadas en este estudio supuso una diferencia estadísticamente significativa en cuanto a un aumento de caídas en el último año. Los enfermos que refirieron más caídas fueron aquellos cuyas patologías cursaban con desórdenes músculo-esqueléticos (artrosis/artritis, patologías de los pies, parkinson y osteoporosis) y las del sistema nervioso central (demencias, neurológicas, mentales, visuales y de audición). Las diferencias se mantuvieron al estratificar por el sexo, exceptuando en el caso de las patologías de los pies y las visuales, donde el grupo de mujeres afectadas por estas patologías refirió mayor nivel de caídas mientras que no existían dichas diferencias en el grupo de los hombres.

Medicación:

- El número de fármacos consumidos al día estuvo relacionado con un mayor nivel de caídas en los mayores de forma estadísticamente significativa. Se vio que a mayor número de fármacos consumidos, mayor era el porcentaje de caídas en los mayores. Las diferencias continuaron siendo estadísticamente significativas en ambos grupos una vez estratificado el análisis por sexo.
- El tomar antihipertensivos, fármacos para la circulación, fármacos para dormir o tranquilizarse, antidepresivos y antiinflamatorios de forma regular se asociaron todos ellos con un nivel significativamente mayor de caídas. Las diferencias no cambiaron al estratificar por sexo.

Ayudas a las actividades de la vida diaria:

- Las personas mayores que tenían dificultad para realizar prácticamente todas las tareas cotidianas reflejadas en la encuesta tuvieron un nivel de caídas significativamente mayor que el de los que no refirieron dificultades para las mismas. No se apreciaron grandes diferencias cuando se estratifico según el sexo.
- El tener instaladas ayudas en el hogar o no tenerlas instaladas no resulto ser un factor relacionado con el porcentaje de caídas en las personas mayores.
- El utilizar diversas ayudas personales (sobre todo las relacionadas con limitaciones de movilidad, como el andador, las muletas, el bastón o la silla de ruedas) estuvo relacionado un porcentaje significativamente mayor de caídas en las personas mayores. El análisis estratificado por sexo mostró que el tener prótesis ortopédica o usar silla de ruedas era un factor mucho más relacionado con las caídas en el caso de los hombres que en las mujeres.

- Tanto los encuestados que refirieron tener ayuda domiciliaria como teleasistencia, refirieron un porcentaje significativamente más elevado de caídas en el último año.

Costumbres y hábitos de salud:

- En el campo de la alimentación, en los encuestados que comían habitualmente más carne y más verduras y hortalizas se cayeron significativamente menos que los que tomaban estos alimentos en menores cantidades. Sin embargo los hábitos alimenticios solo se relacionaron con las caídas en el caso de las mujeres en el análisis estratificado.
- El practicar alguna clase de deporte estuvo relacionado con un porcentaje significativamente más bajo de caídas en las personas mayores de 65 años. Tanto en hombres como en mujeres el practicar alguna clase de deporte estuvo relacionado con un menor nivel de caídas, aunque este efecto fue más acentuado en los hombres.

6 BIBLIOGRAFÍA

- 1) Tinetti ME, Speechley M, Ginter SF. **Risk factors for falls among elderly persons living in the community.** N Engl J Med. 1988;319:1701-07. [Medline]
- 2) Cwikel J, Fried AV. **The social epidemiology of falls among community-dwelling elderly: guidelines Study.** Age Ageing 1991; 20: 455-461.
- 3) Stalenhoef PA, Diederiks JP, Knottnerus JA, De Witte LP, Crebolder HF. **The construction of a patient record-based risk model for recurrent falls among elderly people living in the community.** Fam Pract. 2000;17:490-6. [Medline]
- 4) Bergland A, Wyller TB. **Risk factors for serious fall related injury in elderly women living at home.** Inj Prev. 2004 Oct;10(5):308-13.
- 5) Sattin RW. **Falls among older persons: a public health perspective.** Annual Review of Public Health 1992;13:489-508.
- 6) Pujiula M, Quesada M, Grupo APOC ABS Salt. **Prevalencia de caídas en mayores que viven en la comunidad.** Aten Primaria. 2003;32:86-91.
- 7) Center for Disease Control and Prevention. **Web-based Injury STATISTICS Query and Reporting System (WISQARS).** National Center for Injury Prevention and Control., CD. 2001
- 8) Dunn JE, Rudberg MA, Furner SE, Cassel CK. **Mortality, disability, and falls in older persons: the role of underlying disease and disability.** Am J Public Health 1992; 82: 395-400.
- 9) Salvà A, Bolívar I, Pera G, Arias C. **Incidencia y consecuencias de caídas entre las personas mayores que viven en la comunidad.** Med Clin (Barc). 2004;122:172-6.

7 ANEXOS

Anexo I: Variables del estudio

Anexo II: Especificar otros accidentes

Anexo III: Glosario de términos

ANEXO I: VARIABLES DEL ESTUDIO

- Variables sociodemográficas y generales:

1. ID gestor
2. Persona Encuestada
 - a. Mayor
 - b. Cuidador
3. Sexo
 - a. Hombre
 - b. Mujer
4. Estudios
 - a. Sin estudios
 - b. Estudios básicos
 - c. Estudios medios
 - d. Estudios superiores
5. Estado civil
 - a. Casado/a
 - b. Viudo/a
 - c. Separado/a
 - d. Divorciado/a
 - e. Soltero/a
6. Convivencia
 - a. Vive solo/a
 - b. Vive con cuidador/a
 - c. Vive con pareja
 - d. Vive con hijos/as
 - e. Otros
7. Provincia
 - a. Badajoz
 - b. Barcelona
 - c. Vizcaya
 - d. Burgos
 - e. Madrid
 - f. Málaga
 - g. Las Palmas
 - h. A Coruña
 - i. Sevilla
 - j. Santa Cruz de Tenerife
 - k. Toledo
 - l. Valencia
 - m. Zaragoza
8. Fecha de realización del cuestionario (dd/mm/aaaa)
9. Edad de la persona mayor (en años)

10. Convivencia
 - a. Con pareja
 - b. Con hijos/as
 - c. Con cuidador
 - d. Solo/a
 - e. Otros

- Variables sobre costumbres:

11. Comidas al día
 - a. Una
 - b. Dos
 - c. Tres
 - d. Más de tres
12. Productos lácteos
 - a. A diario
 - b. Tres o más veces por semana pero no a diario
 - c. Una o dos veces por semana
 - d. Menos de una vez por semana
 - e. Nunca o casi nunca
13. Pescado
 - a. A diario
 - b. Tres o más veces por semana pero no a diario
 - c. Una o dos veces por semana
 - d. Menos de una vez por semana
 - e. Nunca o casi nunca
14. Carne
 - a. A diario
 - b. Tres o más veces por semana pero no a diario
 - c. Una o dos veces por semana
 - d. Menos de una vez por semana
 - e. Nunca o casi nunca
15. Legumbres
 - a. A diario
 - b. Tres o más veces por semana pero no a diario
 - c. Una o dos veces por semana
 - d. Menos de una vez por semana
 - e. Nunca o casi nunca
16. Fruta fresca
 - a. A diario
 - b. Tres o más veces por semana pero no a diario
 - c. Una o dos veces por semana
 - d. Menos de una vez por semana
 - e. Nunca o casi nunca
17. Verduras y hortalizas
 - a. A diario
 - b. Tres o más veces por semana pero no a diario

- c. Una o dos veces por semana
- d. Menos de una vez por semana
- e. Nunca o casi nunca
- 18. ¿Practica algún deporte?
 - a. Sí
 - b. No
 - c. NS/NC
- 19. ¿Qué deporte?
 - a. Andar/Pasear
 - b. Natación
 - c. Bicicleta
 - d. Gimnasia
 - e. Otros
- 20. Especificar otro deporte (variable abierta)
- 21. ¿Practica alguna actividad cultural o de ocio?
 - a. Sí
 - b. No
 - c. NS/NC
- 22. ¿Qué actividad cultural o de ocio?
 - a. Lectura/Escritura
 - b. Trabajos manuales
 - c. Centro de día
 - d. Club de mayores
 - e. Club deportivo
 - f. Otros
- 23. Especificar otra actividad cultural (variable abierta)

- Variables de ayudas:

***¿Necesita algún tipo de ayuda para las siguientes actividades?
(ítems 24 a 31)***

- 24. Levantarse
 - a. Sí
 - b. No
 - c. NS/NC
- 25. Lavarse Ducharse
 - a. Sí
 - b. No
 - c. NS/NC
- 26. Vestirse
 - a. Sí
 - b. No
 - c. NS/NC

- 27. Comer
 - a. Sí
 - b. No
 - c. NS/NC
- 28. Tareas domésticas
 - a. Sí
 - b. No
 - c. NS/NC
- 29. Caminar, pasear...
 - a. Sí
 - b. No
 - c. NS/NC
- 30. Realizar las compras
 - a. Sí
 - b. No
 - c. NS/NC
- 31. Llamar por teléfono
 - a. Sí
 - b. No
 - c. NS/NC

Ayudas personales (ítems 32 a 41)

- 32. Gafas
 - a. Sí
 - b. No
 - c. NS/NC
- 33. Audífono
 - a. Sí
 - b. No
 - c. NS/NC
- 34. Prótesis dental
 - a. Sí
 - b. No
 - c. NS/NC
- 35. Bastón
 - a. Sí
 - b. No
 - c. NS/NC
- 36. Andador
 - a. Sí
 - b. No
 - c. NS/NC
- 37. Muletas
 - a. Sí
 - b. No
 - c. NS/NC

- 38. Prótesis Ortopédica
 - a. Sí
 - b. No
 - c. NS/NC
- 39. Silla de ruedas
 - a. Sí
 - b. No
 - c. NS/NC
- 40. Otras ayudas personales
 - a. Sí
 - b. No
 - c. NS/NC

Ayudas en el hogar (ítems 42 a 51)

- 41. Asidero baño
 - a. Sí
 - b. No
 - c. NS/NC
- 42. Plato ducha
 - a. Sí
 - b. No
 - c. NS/NC
- 43. Suelos antideslizantes
 - a. Sí
 - b. No
 - c. NS/NC
- 44. Cocina gas
 - a. Sí
 - b. No
 - c. NS/NC
- 45. Cocina eléctrica
 - a. Sí
 - b. No
 - c. NS/NC
- 46. Detector gas
 - a. Sí
 - b. No
 - c. NS/NC
- 47. Ascensor
 - a. Sí
 - b. No
 - c. NS/NC
- 48. Asiento baño
 - a. Sí
 - b. No
 - c. NS/NC

- 49. Otras ayudas en el hogar
 - a. Sí
 - b. No
 - c. NS/NC
- 50. Ayuda domiciliaria
 - a. No
 - b. Sí, un día a la semana
 - c. Sí, dos días a la semana
 - d. Sí, tres días a la semana
 - e. Sí, más de tres días a la semana
- 51. Persona fija (en ayuda domiciliaria)
 - a. Sí
 - b. No
- 52. Teleasistencia
 - a. No
 - b. Sí, pública
 - c. Sí, privada
- 53. Año desde que tiene teleasistencia (variable numérica abierta)

- Salud y medicación

- 54. Padece alguna enfermedad
 - a. Sí
 - b. No
 - c. NS/NC
- 55. Hipertensión
 - a. Sí
 - b. No
 - c. NS/NC
- 56. Diabetes
 - a. Sí
 - b. No
 - c. NS/NC
- 57. Artrosis/Artritis
 - a. Sí
 - b. No
 - c. NS/NC
- 58. Osteoporosis
 - a. Sí
 - b. No
 - c. NS/NC
- 59. Fracturas
 - a. Sí
 - b. No
 - c. NS/NC

60. Respiratoria
 - a. Sí
 - b. No
 - c. NS/NC
61. Corazón
 - a. Sí
 - b. No
 - c. NS/NC
62. Problemas digestivos
 - a. Sí
 - b. No
 - c. NS/NC
63. Incontinencia urinaria
 - a. Sí
 - b. No
 - c. NS/NC
64. Parkinson
 - a. Sí
 - b. No
 - c. NS/NC
65. Demencia
 - a. Sí
 - b. No
 - c. NS/NC
66. Audición
 - a. Sí
 - b. No
 - c. NS/NC
67. Bucodentales
 - a. Sí
 - b. No
 - c. NS/NC
68. Pies
 - a. Sí
 - b. No
 - c. NS/NC
69. Trastornos del sueño
 - a. Sí
 - b. No
 - c. NS/NC
70. Mentales (depresión, ansiedad...)
 - a. Sí
 - b. No
 - c. NS/NC

- 71. Neurológica (mareos, vértigos...)
 - a. Sí
 - b. No
 - c. NS/NC
- 72. Visuales
 - a. Sí
 - b. No
 - c. NS/NC
- 73. ¿Consume algún tipo de fármaco?
 - a. Sí
 - b. No
 - c. NS/NC
- 74. ¿Cuántos fármacos al día consume?
 - a. Uno
 - b. Dos
 - c. Tres
 - d. Cuatro
 - e. Cinco
 - f. Más de cinco

Caídas:

- 75. ¿Ha sufrido caídas en último año?
 - a. Sí
 - b. No
 - c. NS/NC
- 76. Cuántas caídas
 - a. Uno
 - b. Dos
 - c. Tres
 - d. Cuatro
 - e. Más de cuatro
- 77. Donde sufrió la caída
 - a. Fuera del domicilio
 - b. En el domicilio
 - c. NS/NC
- 78. Donde sufrió la caída en su domicilio
 - a. Dormitorio
 - b. Cocina
 - c. Baño
 - d. Comedor/Salón
 - e. Pasillo/Zona de paso
 - f. Escaleras
- 79. Especificar otro lugar de caída (variable abierta)

80. Motivo de la caída
 - a. Mareo
 - b. Suelo mojado
 - c. Escalones/Escalera
 - d. Mala iluminación
 - e. Calzado
 - f. Alfombras
 - g. Causada por un tercero (mascota)
 - h. Otras
81. ¿Sufrió algún tipo de lesión a causa de la caída?
 - a. Sí
 - b. No
 - c. NS/NC
82. ¿Que lesión?
 - a. Fractura
 - b. Esguince/Torcedura
 - c. Cortes
 - d. Contusión/Golpes
 - e. Conmoción (perdida de conocimiento)
 - f. Otros
83. ¿Acudió a urgencias por dicho motivo?
 - a. Sí
 - b. No
 - c. NS/NC
84. ¿Fue ingresado por dicho motivo?
 - a. Sí
 - b. No
 - c. NS/NC
85. ¿Recibió asistencia médica por dicho motivo?
 - a. Sí
 - b. No
 - c. NS/NC

Si contestó que SÍ a la pregunta anterior se le preguntó en que lugar recibió la asistencia médica:

86. En el domicilio
 - a. Sí
 - b. No
 - c. NS/NC
87. En consultorio médico
 - a. Sí
 - b. No
 - c. NS/NC
88. En el hospital
 - a. Sí
 - b. No
 - c. NS/NC

Accidentes:

- 89. Intoxicación alimentaria
 - a. Sí
 - b. No
 - c. NS/NC
- 90. Cortes
 - a. Sí
 - b. No
 - c. NS/NC
- 91. Intoxicación por medicamentos
 - a. Sí
 - b. No
 - c. NS/NC
- 92. Intoxicación por gas
 - a. Sí
 - b. No
 - c. NS/NC
- 93. Acciones por el fuego
 - a. Sí
 - b. No
 - c. NS/NC
- 94. Acciones por electricidad
 - a. Sí
 - b. No
 - c. NS/NC
- 95. Otros accidentes
 - a. Sí
 - b. No
 - c. NS/NC
- 96. ¿Acudió a urgencias por dicho motivo?
 - a. Sí
 - b. No
 - c. NS/NC
- 97. ¿Fue ingresado por dicho motivo?
 - a. Sí
 - b. No
 - c. NS/NC
- 98. ¿Recibió asistencia médica por dicho motivo?
 - a. Sí
 - b. No
 - c. NS/NC

Sí contestó que SÍ a la pregunta anterior se le preguntó en que lugar recibió la asistencia médica:

- 99. En el domicilio
 - a. Sí
 - b. No
 - c. NS/NC
- 100. En consultorio médico
 - a. Sí
 - b. No
 - c. NS/NC
- 101. En el hospital
 - a. Sí
 - b. No
 - c. NS/NC

ANEXO II: ESPECIFICAR OTROS ACCIDENTES

	Frecuencia	Porcentaje
Corte en un dedo	1	3,1%
Accidente de tráfico	10	31,3%
Accidente de trabajo	6	18,8%
Accidente náutico	1	3,1%
Agresión/Atraco	1	3,1%
Atropello	4	12,5%
Bajada azúcar	1	3,1%
Clavarse en la rodilla una objeto punzante	1	3,1%
Interacción con otro medicamento	1	3,1%
Lipotimia	1	3,1%
Malestar por insecticida para cucarachas	1	3,1%
Manchas por tomar medicamento por el azúcar	1	3,1%
Moratonos al sentarse	1	3,1%
Mordida de perro	1	3,1%
Provocado por ansiedad	1	3,1%
TOTAL	32	100,0%

ANEXO III: GLOSARIO DE TÉRMINOS

- **Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD):** Son actividades más complejas que las actividades básicas de la vida diaria, importantes para mantener un funcionamiento normal. Ejs: telefonar, realizar tareas domésticas, transporte, manejar dinero.
- **Actividades de la vida diaria (AVD):** Son las tareas más elementales de la persona que le permiten desenvolverse con un mínimo de autonomía e independencia.
- **Análisis (estadístico):** Procedimiento utilizado para conocer o razonar, que consiste en descomponer el total del objeto del conocimiento en partes.
- **Análisis univariados:** Técnicas estadísticas apropiadas para el análisis de los datos cuando hay una sola medición de cada elemento en la muestra, o en caso de que haya varias mediciones, cuando cada variable se analiza en forma aislada.
- **Análisis descriptivo:** El estudio descriptivo tiene como finalidad describir las características de ciertos grupos, determinar la frecuencia con que ocurre algo, estimar la relación entre dos o más variables o efectuar predicciones.
- **Desviación estándar:** Raíz cuadrada positiva de la varianza; medida de dispersión con las mismas unidades que los datos originales, más bien que en las unidades al cuadrado en que está la varianza.
- **Diseño transversal:** Diseño de investigación (generalmente asociado con la investigación descriptiva) que involucra el tomar una muestra de elementos de la población en un momento determinado.
- **Epidemiología:** Disciplina científica que estudia la distribución, frecuencia, determinantes, relaciones, predicciones y control de factores relacionados con la salud y la enfermedad.
- **Error de muestreo:** Error o variación entre estadísticas de muestra debido al azar; es decir, diferencias entre cada muestra y la población, y entre varias muestras que se deben únicamente a los elementos que elegimos para la muestra.
- **Error estándar:** La desviación estándar de la distribución de muestreo de una estadística.
- **Estratos:** Grupos dentro de una población formados de tal manera que cada grupo es relativamente homogéneo, aunque existe una variabilidad más amplia entre los diferentes grupos.
- **Frecuencia:** Número de veces en que se repite un dato. La frecuencia puede ser absoluta y relativa, y no acumulada, acumulada o acumulativa.
- **Institucionalizados:** Aplicado a las personas que viven en residencias o centros de mayores.
- **Media:** El promedio; valor que se obtiene al sumar todos los elementos en un conjunto y dividirlos entre el número de elementos.

- **Mediana:** Medida de tendencia central que se da como el valor arriba del cual caen la mitad de los valores y abajo del cuál cae la otra mitad.
- **Muestreo aleatorio:** Las técnicas de muestreo aleatorio aseguran que cada elemento en la población de interés tenga una probabilidad (no nula) de ser incluido en la muestra.
- **Muestra representativa:** Muestra que contiene las características importantes en las mismas proporciones en que están contenidas en la población.
- **Persona dependiente:** Una persona es dependiente cuando (al margen de la edad que tenga) precisa de los cuidados y atenciones de otra, de forma más o menos continuada, o cuando requiere de ayudas materiales para realizar actos básicos en su vida cotidiana.
- **Precisión:** El grado de exactitud con el que la media de la muestra puede estimar la media de la población, según revela el error estándar de la media.
- **Prevalencia:** Es el cociente entre el número de individuos que poseen una característica (p. ej., enfermedad) entre el total de la población.
- **Rango intercuartílico:** Rango de una distribución que indica el 50% intermedio de las observaciones.
- **Tabla de contingencia:** Tabla que contiene R renglones y C columnas. Cada renglón corresponde a un nivel de una variable; cada columna, a un nivel de otra variable. Las entradas del cuerpo de las tablas son las frecuencias con que cada combinación de variables se presenta.
- **Tamaño de la muestra:** Número de unidades que se incluirán en un estudio.
- **Variable:** Uno de los estímulos, repuestas o elementos de fondos estudiados en una investigación.
- **Variables cualitativas:** Información relativa a una población y caracterizada por ser una medición sobre una escala de categorías, son siempre de tipo discontinuo.
- **Variables cuantitativas:** Variables con valores numéricos que resultan de medir o de contar.

8 RELACIÓN DE TABLAS/GRÁFICOS Y MAPAS

Tablas

Tabla 1: Población mayor o igual a 65 años en las provincias del estudio	12
Tabla 2: Distribución de las encuestas por provincias.....	15
Tabla 3: Distribución de las encuestas por sexo.....	15
Tabla 4: Distribución de las encuestas por persona encuestada.....	16
Tabla 5: Distribución de las encuestas por estado civil	16
Tabla 6: Distribución de las encuestas por convivencia.....	16
Tabla 7: Distribución de las encuestas por estudios.....	17
Tabla 8: Distribución de las encuestas por caídas.....	17
Tabla 9: Distribución de las encuestas por nº de caídas.....	18
Tabla 10: Distribución de las encuestas por lugar de caída.....	18
Tabla 11: Distribución de las encuestas por lugar de caída en el domicilio.....	19
Tabla 12: Distribución de las encuestas por motivo de caída.....	19
Tabla 13: Distribución de las caídas por lesiones.....	19
Tabla 14: Distribución de las caídas por tipo de lesiones	20
Tabla 15: Distribución de las caídas por ingreso	20
Tabla 16: Distribución de las caídas por ir a urgencias	20
Tabla 17: Distribución de las caídas por asistencia médica.....	20
Tabla 18: Distribución de asistencia médica por lugares de asistencia	21
Tabla 19: Distribución de los encuestados por tipos de accidentes.....	21
Tabla 20: Distribución de los accidentes por ingreso.....	21
Tabla 21: Distribución de los accidentes por ir a urgencias.....	22
Tabla 22: Distribución de los accidentes por asistencia médica.....	22
Tabla 23: Distribución de la asistencia por lugares de asistencia	22
Tabla 24: Distribución de los encuestados por enfermedad.....	22
Tabla 25: Distribución de los encuestados por consumo de fármacos	23
Tabla 26: Distribución de los encuestados por nº de fármacos consumidos	24
Tabla 27: Porcentaje de encuestados que toman fármacos específicos.....	24
Tabla 28: Distribución de los encuestados por ayudas en el hogar.....	25
Tabla 29: Distribución de los encuestados por ayudas personales	26
Tabla 30: Distribución de los encuestados por ayuda domiciliaria.....	27
Tabla 31: Distribución de los encuestados por días domiciliaria.....	27
Tabla 32: Distribución de los encuestados por teleasistencia	28
Tabla 33: Distribución de los encuestados por tipo de teleasistencia.....	28
Tabla 34: Distribución de teleasistencia por ayuda año de inicio.....	29
Tabla 35: Distribución de los encuestados por comidas al día.....	29
Tabla 36: Distribución de los encuestados por consumo de productos lácteos	29
Tabla 37: Distribución de los encuestados por consumo de alimentos	30
Tabla 38: Distribución de los encuestados por práctica de deporte	30
Tabla 39: Distribución de los encuestados por tipo deporte.....	30

Tabla 40: Distribución de los encuestados por practica de actividad de ocio	31
Tabla 41: Distribución de los encuestados por tipo de actividad de ocio.....	31
Tabla 42: Distribución de las caídas según la provincia	31
Tabla 43: Distribución de las caídas según el sexo.....	32
Tabla 44: Distribución de las caídas según estado civil	32
Tabla 45: Distribución de las caídas según el nivel de estudios.....	33
Tabla 46: Distribución de las caídas según la convivencia.....	33
Tabla 47: Distribución de las caídas según enfermedad	34
Tabla 48: Distribución de las caídas según tipo de enfermedad.....	34
Tabla 49: Distribución de las caídas número de fármacos.....	35
Tabla 50: Distribución de las caídas según tipos de fármacos consumidos	36
Tabla 51: Distribución de las caídas según dificultad para tareas cotidianas	36
Tabla 52: Distribución de las caídas según ayudas técnicas y ayudas del hogar	37
Tabla 53: Distribución de las caídas según ayudas personales.....	37
Tabla 54: Distribución de las caídas según ayuda domiciliaria.....	37
Tabla 55: Distribución de las caídas según persona fija en la ayuda domiciliaria	38
Tabla 56: Distribución de las caídas según teleasistencia	38
Tabla 57: Distribución de las caídas según consumo de carne.....	38
Tabla 58: Distribución de las caídas según consumo de verduras y hortalizas	39
Tabla 59: Distribución de las caídas según practica de deporte.....	39
Tabla 60: Distribución de las caídas según nivel de estudios estratificado por sexo.....	40
Tabla 61: Distribución de las caídas según estado civil estratificado por sexo	40
Tabla 62: Distribución de las caídas según convivencia estratificado por sexo.....	41
Tabla 63: Distribución de las caídas según enfermedad estratificado por sexo	41
Tabla 64: Distribución de las caídas según artrosis/artritis estratificado por sexo	41
Tabla 65: Distribución de las caídas según osteoporosis estratificado por sexo	42
Tabla 66: Distribución de las caídas según patología de pies estratificado por sexo.....	42
Tabla 67: Distribución de las caídas según enfermedades mentales estratificado por sexo	42
Tabla 68: Distribución de las caídas según enfermedades neurológicas estratificado por sexo	42
Tabla 69: Distribución de las caídas según patologías visuales estratificado por sexo	43
Tabla 70: Distribución de las caídas según n° de fármaco por día estratificado por sexo	43
Tabla 71: Distribución de las caídas según consumo de tranquilizantes estratificado por sexo	43
Tabla 72: Distribución de las caídas según consumo de antihipertensivos estratificado por sexo	44
Tabla 73: Distribución de las caídas según consumo de antidepresivos estratificado por sexo	44
Tabla 74: Distribución de las caídas según consumo de fármacos para la circulación estratificado por sexo	44
Tabla 75: Distribución de caídas según consumo de antiinflamatorios estratificado por sexo	44
Tabla 76: Distribución de caídas según dificultad para levantarse estratificado por sexo	45
Tabla 77: Distribución de caídas según dificultad para lavarse estratificado por sexo	45
Tabla 78: Distribución de caídas según dificultad para vestirse estratificado por sexo.....	45
Tabla 79: Distribución de caídas según dificultad para comer estratificado por sexo.....	46

Tabla 80: Distribución de caídas según dificultad para tareas domésticas estratificado por sexo	46
Tabla 81: Distribución de caídas según dificultad para caminar estratificado por sexo.....	46
Tabla 82: Distribución de caídas según dificultad para realizar las compras estratificado por sexo	46
Tabla 83: Distribución de caídas según uso de andador estratificado por sexo.....	47
Tabla 84: Distribución de caídas según uso de muletas estratificado por sexo	47
Tabla 85: Distribución de caídas según uso de prótesis ortopédica estratificado por sexo	47
Tabla 86: Distribución de caídas según uso de silla de ruedas estratificado por sexo	47
Tabla 87: Distribución de caídas según uso de audífono estratificado por sexo	48
Tabla 88: Distribución de caídas según teleasistencia estratificado por sexo	48
Tabla 89: Distribución de caídas según deporte estratificado por sexo	48
Tabla 90: Distribución de caídas según consumo de verduras y hortalizas estratificado por sexo	49
Tabla 91: Distribución de caídas según consumo de carne estratificado por sexo.....	49

Gráficos

Gráfico 1: Distribución de las encuestas por convivencia	17
Gráfico 2: Distribución de las encuestas por caídas y número de caídas	18
Gráfico 3: Consecuencias de las caídas.....	21
Gráfico 4: Distribución de los encuestados por tipo de enfermedad.....	23
Gráfico 5: Distribución de los encuestados por dificultad para tareas cotidianas.....	25
Gráfico 6: Distribución de los encuestados por ayudas en el hogar	26
Gráfico 7: Distribución de los encuestados por ayudas personales.....	27
Gráfico 8: Distribución de la ayuda domiciliaria por persona fija.....	28
Gráfico 9: Distribución de las caídas según el sexo	32
Gráfico 10: Distribución de las caídas según n° de fármacos consumidos	35
Gráfico 11: Distribución de las caídas según consumo de carne	38
Gráfico 12: Distribución de las caídas según consumo de verduras y hortalizas.....	39
Gráfico 13: Distribución de las caídas según práctica de deporte	39

Diagrama

Diagrama de flujo 1: Perdidos en el estudio	14
---	----

Mapa

Mapa 1: distribución de las encuestas por provincias	15
--	----



Si desea más información sobre la Campaña CON MAYOR CUIDADO
o quiere colaborar en su difusión,
puede contactar con nosotros en el teléfono 91 581 26 03 o en
www.conmayorcuidado.com y www.fundacionmapfre.com



Entidades colaboradoras:

