Universidad Nacional de Mar del Plata - Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

Repositorio Kimelü **http://kimelu.mdp.edu.ar/**

Licenciatura en Terapia Ocupacional Tesis de Terapia Ocupacional

2015

Autoeficacia en las actividades de la vida cotidiana en adultos mayores

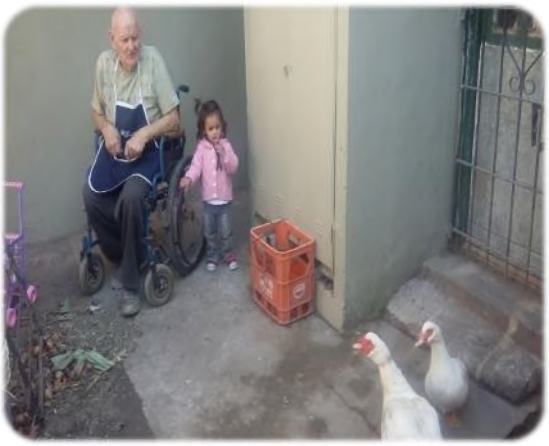
Burgardt, Magdalena

Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

http://200.0.183.227:8080/xmlui/handle/123456789/283

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

AUTOEFICACIA EN LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA COTIDIANA EN ADULTOS MAYORES



UNIVERSIDAD NACIONAL de MAR DEL PLATA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y SERVICIO SOCIAL

TESIS PARA OPTAR AL TITULO DE LICENCIADA EN

TERAPIA OCUPACIONAL

Por: Burgardt, Magdalena- Chaves, Romina

Mar del Plata. Pcia de Buenos Aires. Argentina. 2015.

Lic. Esp. En T.O ROUMEC, BETTINA

DIRECTORA

Lic. En Psicología SABATINI, M. BELEN

CO-- DIRECTORA

BURDGARDT, MAGDALENA

DNI: 31063464

AUTORA

CHAVES, ROMINA

DNI: 29533590

AUTORA

AGRADECIMIENTOS:

- Principalmente a Bettina y Belén, por estar siempre a nuestro lado en este difícil pero gratificante camino recorrido, por brindarnos su apoyo, su tiempo, conocimiento y su trabajo. Pero principalmente gracias por su contención y comprensión, por abrirnos las puertas de sus casas y por entender nuestros "ataques de ansiedad".

- Gracias a Carolina y Marita por brindarnos su tiempo y espacio para la realización de las entrevistas. Por su paciencia y apoyo.

- Gracias Ana Auzmendia por sugerirnos este grupo sin el cual no habría sido posible esta tesis, por sacarnos de apuros, repetir una y otra vez las mismas cosas y estar siempre presente en todo el proceso.

- Gracias a la Universidad Nacional de Mar del Plata por todo lo aprehendido, por los profesionales que hicieron a nuestra formación tanto personal como profesional.

- Gracias a todos los Centros de jubilados que nos abrieron sus puertas y nos brindaron su tiempo, siempre con entusiasmo y buena onda. "Centro de jubilados y pensionados Bochófilos y Tejos", "Hogueras de traición", "Encuentro", "Esperanza al futuro", "Castilla y León", "Pescadores", "Plenitud", "fe esperanza y dignidad", y "Punta Iglesia". Mil gracias!!!!!

Magui y Romi

Agradecimientos personales

Gracias a mi hija que es el motor que me impulsa cada día, a mi marido que desde el primer parcial hasta hoy siempre me apoyo incondicionalmente para que lograra mis metas, a mis viejos que siempre me brindaron sus concejos y experiencias y marcaron el camino del estudio.

Gracias a toda mi familia que supo entender, aconsejar y consolar, a mis amigas y compañeras que han formado una parte importantísima de este largo camino que supone el estudio universitario.

Gracias a mis abuelos que ya no están pero que siempre guardaré todo lo que me enseñaron.

Magui

Mati gracias por entender mis locuras cada vez que tenia que rendir un final, por estar pendiente de todo, por alentarme a seguir cuando las cosas se ponían difíciles… y por destrabarme SIEMPRE la computadora y la impresora.

Sol gracias por tu alegría, dulzura y amor que iluminan todos mis días.

Mama y Oscar gracias por estar siempre y cuidar de Solcito con tanto cariño.

Gracias a mis abuelos por ser parte de mi infancia y por enseñarme a valorar a los adultos mayores.

Gracias a mis amigas que siempre fueron un pilar fundamental en mi vida.

Y gracias a todos los que no nombre pero estuvieron conmigo transitando este camino, los que me apoyaron, escucharon y alentaron cuando las cosas no salían como quería, y se alegraron con los pequeños logros. Gracias por saber entender las corridas y faltas de tiempo.

Romi

INDICE

INTRODUCCION **7**

ESTADO ACTUAL **11**

FUNDAMENTACION **23**

MARCO TEORICO:

- CAPITULO I:

  VEJEZ 29

- CAPITULO II:

  TEMOR A CAER 37

  AUTOEFICACIA 42

  INSTRUMENTOS DE MEDICION DE TEMOR A CAER 46

- CAPITULO III:

  ACTIVIDADES DE LA VIDA COTIDIANA 50

- CAPITULO IV:

  ATENCION PRIMARIA DE SALUD 58

ASPECTOS METODOLOGICOS:

- TEMA DE INVESTIGACION 67
- PROBLEMA 67

- OBJETIVOS GENERALES Y ESPECIFICOS 67
- VARIABLES DE ESTUDIO. DEFINICION 68
- DIMENSIONAMIENTO DE LA VARIABLE 69
- ENFOQUE DE INVESTIGACION 70
- TIPO DE ESTUDIO Y DISEÑO 70
- POBLACION DE ESTUDIO 70
- CARACTERIZACION DE LA MUESTRA 70
- UNIDAD DE ANALISIS 70
- METODO DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA 70
- CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA 70
- TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS 71
- PRUEBA PILOTO 72

RESULTADOS **73**

DISCUSIÓN **91**

CONCLUSIÓN **103**

ANEXOS **109**

INTRODUCCION

Introducción

Actualmente la población de adultos mayores (AM) ha aumentado considerablemente, ya que la expectativa de vida es mayor que en décadas anteriores (Leyva Salerno 2008) (Pinazo 2009). En los últimos 50 años, los avances científicos/tecnológicos, los cambios sociales y las políticas públicas, han prolongado considerablemente la vida humana. Esta característica que sigue tomando relevancia en todo el mundo, significa un gran desafío en salud y políticas sociales. Diferentes teorías definen y caracterizan el envejecimiento, intentando dar respuestas a las necesidades específicas de dicha población.

Por lo tanto el envejecimiento, *como acontecimiento,* ocupa hoy un lugar importante en nuestra sociedad y debería ser incluido como temática a abordar, problematizar y trabajar en conjunto.

Las caídas y el temor a caer representan en la actualidad uno de los problemas de salud más importantes en los adultos mayores, ya que conllevan consecuencias graves para la persona que las sufre y la comunidad en general, caracterizadas generalmente por lesiones físicas como fracturas y otras psicológicas como el aislamiento y el temor, aunque el mismo puede manifestarse aun sin haber sufrido una caída. (Olmos Zapata 2012), (Curcio, Corriveau, y Beaulieu, 2011). La asociación Americana de Terapia Ocupacional (2012) define el temor a caer como una preocupación duradera de caer que lleva al individuo a evitar actividades que aún está capacitado para hacer, el miedo a caer con frecuencia lleva a la auto-limitación en la realización de actividades y tareas que la persona necesita realizar para poder mantener su independencia en el ámbito cotidiano. Cuando el temor a caer irrumpe en la vida de una persona puede presentar sentimientos de inseguridad que la tornen vulnerable y en consecuencia, disminuir las actividades que realizaba habitualmente, ya sea aquellas ligadas a los aspectos sociales, como realizar visitas, salir de compras, asistir a reuniones, como también otras actividades relacionadas con las tareas del hogar, el cuidado y la higiene

personal, afectando de esta manera, su vida considerablemente (Olmos Zapata 2012). El concepto de temor a caer esta directamente asociado al concepto de autoeficacia, definido como la noción que cada individuo tiene sobre sus propias capacidades, en base a los cuales organizará y ejecutará sus actos (Bandura, 1978). Si bien los constructos autoeficacia y temor a caer no son sinónimos. Tinetti, Richman y Powell (1990) consideran que a mayor autoeficacia, menor será el miedo a caer y viceversa. Basándonos en esta concepción es que realizaremos nuestro trabajo de investigación.

A partir de la revisión de tesis de grado sobre la temática, surgió la inquietud de investigar el temor a caer como uno de los aspectos subjetivos en relación a las caídas en los AM y su impacto en lo cotidiano. Durante la recopilación documental, hemos podido observar que la problemática de las caídas en esta población se ha abordado desde diferentes aspectos tales como; consecuencias de las mismas (Castro Estrella 2005), barreras arquitectónicas y/o ambientales dentro y fuera del hogar (Yeannes 2006), (Andrés y Rivera Prisco 2000) factores de riesgo, perfil del anciano caedor (Colavito, Serano 2001). Sin embargo hemos encontrado escasas investigaciones que aborden la temática del temor a caer y las consecuencias del mismo. Este es un fenómeno que ocurre con mucha frecuencia en esta población, que suele afectar su desempeño en la vida cotidiana y por lo tanto repercutir en su calidad de vida, por lo que es importante poder seguir desarrollando desde nuestra y otras disciplinas conceptualizaciones, experiencias que enriquezcan las diferentes formas de abordarlo.

Centraremos nuestra investigación en la problemática del temor a caer en los AM, concibiendo a la persona desde una visión holística, es decir, como una realidad física, emocional, cognitiva, social y cultural, inserta en un entorno. Desde esta conceptualización podemos entender que todo ser humano tiene una naturaleza ocupacional. La ocupación desempeña un papel central en la vida de las personas y es una necesidad vital, incluye las actividades de la vida cotidiana (Actividades de la Vida diaria (AVD), Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD),

Actividades Avanzadas de la Vida Diaria (AAVD)) las cuales son un aspecto fundamental del abordaje de T.O y se pueden ver afectadas por el temor a caer.

Por lo expuesto consideramos que desde la Terapia Ocupacional se pueden realizar acciones orientadas hacia la prevención y concientización de esta situación, de manera tal que el adulto mayor cuente con las herramientas necesarias para poder desempeñarse en sus actividades cotidianas de la manera más independiente posible.

A través de esta investigación pretendemos obtener datos que nos permitan aportar información orientada a la prevención de situaciones de aislamiento e in actividad en relación a las actividades de la vida cotidiana (AVD, AIVD, AAVD) causados por el temor a caer.

ESTADO ACTUAL

Estado actual de la cuestión

Para realizar la recopilación documental hemos revisado diversas bases de datos de la ciudad de Mar del Plata tales como:

- Base de datos del Hospital Privado de Comunidad (HPC) de Mar del Plata.
- Base de datos del Centro Médico de Mar del Plata
- Base de datos de la Biblioteca de la Universidad Nacional de Mar del Plata,
- Base de datos de la Facultad de Psicología
- Búsqueda en internet en PubMeb, Medline
- Búsqueda en internet en diferentes buscadores (Google Académico, Scielo (Scientific Electronic Librery Online)).

Los documentos consultados refieren a la problemática de caídas, y temor a caer, en adultos mayores.

- ***Carmen Lucia Curcio, Helene Corriveau, Marie Beaulieu. ''Sentido y proceso del temor a caer en ancianos''. Colombia 2011.***

Se trata de un estudio cualitativo de la teoría fundamentada que utilizó un muestreo por etapas hasta lograr la saturación de los conceptos emergentes. Se llevaron a cabo entrevistas a 37 ancianos mayores de 60 años en diferentes ciudades de Colombia.

A partir de los datos obtenidos, presentaron dos nuevos modelos teóricos que dan cuenta del sentido del temor a caer, el cual plantea que el termino "temor'' es difícil de definir para los participantes, y para poder explicar este temor, las autoras se remiten al concepto de angustia y su interrelación con el temor a caer. Y del

proceso del temor a caer en la vida cotidiana de los adultos mayores, que se refiere a los ajustes o cambios que la persona con temor a caer debe realizar en su vida cotidiana para afrontar dicho temor y mantener su independencia . Estos nuevos modelos aportan una mirada innovadora sobre la temática.

La conclusión a la que arribaron es que: el temor a caer es un concepto difícil de definir, impreciso y ambiguo. Los participantes evocaron un temor difuso, sin objeto preciso y sin causa evidente, cuya amenaza es oscura, vaga, con una duración ilimitada y se acompaña de sentimientos de impotencia. El miedo a caer es un sentimiento que modifica profundamente la relación de los adultos mayores consigo mismo y con su entorno. Así, el temor a caer en los AM es más que una emoción y su manejo implica cambios: ajustes biográficos y reorganización de la vida cotidiana. Cambios que se construyen a través de interacciones que se desarrollan en diferentes esferas de la vida social. Esta nueva manera de concebir el temor a caer impone nuevos desafíos para su manejo y para evitar las consecuencias negativas.

- ***Paloma Olmos Zapata. ''Estudio del síndrome de temor a caerse en personas mayores de 65 años''. Tesis para acceder a titulo Doctoral. Universidad de Murcia, Facultad de Medicina. Departamento de psiquiatría y psicología social. España 2012***

La autora basó su investigación en el estudio del Síndrome de temor a caerse (STAC) y el mareo recurrente como factor desencadenante en AM de 65 años. La muestra estuvo conformada por dos grupos de 109 personas cada uno, que presentaban mareos recurrentes o sensación de inestabilidad, y un segundo grupo que no presentaban mareos.

Para confirmar el STAC se utilizó la simple pregunta ¿tiene temor a caer? y la implementación de los siguientes instrumentos de evaluación: Falls Efficacy Scale

(FES), la escala de equilibrio y marcha de Tinetti, el Cuestionario Breve De Calidad De Vida (CUBRECAVI) y un cuestionario de morbilidad psíquica de Goldberg-28 (GHQ-28).

La autora arribó a las siguientes conclusiones:

- Los AM con mareos de repetición presentaron morbilidad psíquica como hipocondría, ansiedad y disfunción social, además tuvieron disminuida la calidad de vida fundamentalmente en el aspecto de la autonomía funcional y presencia de STAC en un 71,5% de los casos.

- Las variables que con mayor peso explican el desarrollo de STAC en AM de 65 años son las relacionadas con la morbilidad psíquica, entre las que se encuentran, enfermedades previas de padecimiento psíquico tales como ansiedad e insomnio, y el consumo de psicofármacos como los hipnóticos, ansiolíticos y antidepresivos.

- Los AM con STAC presentaron disminución de su calidad de vida sobre todo en las áreas de funcionalidad, de actividad/ ocio y de satisfacción con la vida según el CUBRECAVI.

- La intervención basada en aumentar la confianza y la fuerza muscular del AM con STAC, a través de Educación sanitaria y Gerontogimnasia (Taichí chuan), ha permitido en esta población, una disminución del miedo a caer, de la ocurrencia de una caída y una mejora del estado psíquico del sujeto.

➢ ***Carmen Lucia Curcio, Fernando Gómez Montes. ''Temor a caer en ancianos: controversias en torno a su medición''. Colombia 2012.***

El objetivo de este estudio fue hacer un análisis crítico de las definiciones y constructos de temor a caer y de los instrumentos de evaluación. Se utilizó como

método de recolección de datos la recopilación documental en diversas bibliotecas y bases de datos, se tomaron 337 documentos publicados entre 1980 y 2011.

Los resultados a los que arribaron los autores fueron que se han utilizado diferentes conceptos y términos para definir y evaluar el temor a caer. Los más comunes son: disminución de la autoeficacia, confianza en el equilibrio, preocupación, inquietud o ansiedad ante las caídas, miedo a caer, control percibido sobre las caídas y síndrome del temor a caer. Existen más de doce instrumentos de evaluación del temor a caer, que incluyen desde una simple pregunta, hasta instrumentos complejos elaborados para medir los diferentes constructos. Los autores concluyeron que el temor a caer se refiere a la eventualidad de un evento futuro; la confianza en el equilibrio se refiere a percepciones relacionadas con las capacidades actuales de la persona vinculada a la función orgánica del equilibrio y la autoeficacia se refiere a la propia creencia del sujeto a cerca de alcanzar el rendimiento deseado, es decir, son tres constructos diferentes. Ellos consideran que se necesita mayor investigación en torno a la conceptualización del temor a caer ya que la claridad y precisión son claves para determinar la magnitud del problema y establecer estrategias de intervención adecuadas a las necesidades individuales y grupales. De acuerdo con estos autores, habría una diferencia entre los constructos temor a caer y autoeficacia, sin embargo Tinetti, Richman y Powell (1990) lo consideran como conceptos estrechamente relacionados.

Se pudo observar, durante esta revisión bibliográfica, que en Argentina no se han realizado investigaciones y publicaciones que traten, específicamente, el temor a caer, encontrándose solo dos trabajos pertenecientes a Colombia y España que abordan dicha problemática. Por lo que también se han consultado investigaciones que tratan la temática de caídas, la cual se encuentra íntimamente relacionada con el tema de nuestro trabajo y las cuales han aportado datos útiles a los fines de la investigación.

- ***Casazza, Nancy y Nava, Marcela. "Caídas domiciliarias en adultos mayores caedores, una propuesta de prevención desde Terapia Ocupacional". Tesis para acceder a Lic. en Terapia Ocupacional. Universidad Nacional de Mar del Plata 1999.***

Es un estudio retrospectivo, no experimental del tipo exploratorio descriptivo transversal. Las autoras tomaron una población de 62 adultos mayores, comprendidos entre los 60 y 90 años de edad, derivados al SMP (Servicio de Medicina Preventiva) del HPC de la ciudad de Mar del Plata, fueron evaluados durante el año 1997 hasta junio de 1998. Los datos se reunieron a través del método de recopilación documental en historias clínicas y cuestionario de entrevista estructurado.

En esta investigación se describieron cuáles son los factores de riesgo extrínsecos intervinientes en las caídas domiciliarias de adultos mayores caedores.

En las conclusiones las autoras registraron principalmente tres factores de riesgo extrínsecos intervinientes, de tipo ambiental y no ambiental, con mayor cantidad de caídas, los mismos son: agua en el piso, uso de chinelas y desniveles. El lugar de la casa donde ocurrieron más de la mitad de las caídas fueron el patio, el baño y el dormitorio; siguiendo en importancia, la cocina.

- ***Andrés, Laura; Ramos, Natalia y Rivera Prisco, Andrea. ''Caídas en la vía pública en adultos mayores caedores''. Tesis para acceder a Lic. en Terapia Ocupacional. Universidad Nacional de Mar del Plata 2000.***

Se trata de un estudio no experimental, exploratorio, descriptivo, y de corte transversal. La población estuvo conformada por adultos mayores de 60 años de edad, que habían sufrido 2 caídas registradas el último año, de las cuales al menos una de ellas se dio en la vía pública, que concurrían al SMP del HPC de la ciudad de Mar del Plata. Los datos se reunieron a través del método de

recopilación documentada en historias clínicas y entrevistas. En esta tesis se investigaron las caídas en el ámbito de la vía pública, adoptando la taxonomía del grupo Atlanta Falls and Injuries Cooperative Studies on Intervention Techniques (FISCIT).

En esta investigación se confirma la existencia de la interrelación entre los factores de riesgo conductuales y los factores de riesgo ambientales intervinientes en las caídas.

- ***Mariana Lujan Yeannes: "La accesibilidad y seguridad del entorno doméstico y urbano como condiciones para la contención del adulto mayor independiente. Estudio de factores de riesgo de caída en la ciudad de Mar del Plata". III Simposium Argentino de Gerontología Institucional, "Vejez frágil: un desafío para la gerontología institucional". 28, 29 y 30 de septiembre de 2006.***

En esta investigación se identificaron los factores de riesgos intervinientes en las caídas en la vía pública y en la vivienda, clasificándolos en personales, ambientales y conductuales. En una muestra de 100 AM de la ciudad de Mar del Plata que viven en forma autónoma que asistieron al S.M.P en el año 2005. Los resultados revelaron una importante diferencia respecto de la intervención de factores de riesgo según el entorno donde se produce la caída, mientras que en la vivienda predominaron los factores conductuales 47 %, en la vía pública superaron más del 60% la cantidad de caídas por causas ambientales, Dicha comparación establece una importante diferenciación determinando que los factores de riesgo ambientales no siempre constituyen un riesgo predominante, precisándose importantes diferencias según el entorno doméstico o urbano.

- ***Colavito, Marisol y Serano, Mariana. ''Factores intervinientes en las caídas domiciliarias de los adultos mayores, una propuesta de prevención secundaria''. Tesis de grado para Lic. en Terapia Ocupacional. 2001***

Las autoras realizaron un estudio no experimental, retrospectivo, transversal del tipo exploratorio descriptivo. Se realizó una recopilación documental de las historias clínicas de los AM caedores derivados al SMP del HPC) de la ciudad de Mar del Plata. La muestra estuvo conformada por 115 adultos mayores, y basándose en la taxonomía de los factores de riesgo del grupo FISCIT conductuales, ambientales y personales, fueron categorizados en niveles alto, medio y bajo de riesgo y conformaron un perfil del anciano caedor.

Los datos que se consideraron como los factores de mayor riesgo fueron:

- Factores personales: sexo femenino, obesidad o sobrepeso, mayor de 73 años, presentar alteraciones visuales, de la marcha y el equilibrio, osteoartrosis cervical, dorsal y/o lumbar, depresión, hipertensión arterial, consumir antidepresivos y/o antihipertensivos.

- Factores conductuales: calzado inadecuado

- Factores ambientales: en el baño: tener ducha, alfombra suelta, inodoro y\o bidet inadecuados, en el dormitorio: presencia de obstáculos y alfombras sueltas

- Características socioeconómicas: estratificación social media o baja, aislados del medio social, dependientes o semidependientes del grupo familiar.

- ***Martin Castro, Estrella. ''prevalencia de caídas en ancianos de la comunidad. factores asociados''. Tesis doctoral, Departamento de***

Medicina. Facultad de Medicina .Universidad de Córdoba. 2005

En esta investigación el objetivo fue conocer la prevalencia de caídas en personas mayores, sus características, consecuencias y factores asociados.

La autora realizó un estudio de tipo descriptivo, transversal, por entrevista personal. Participaron 362 personas mayores de 70 años, residentes en la comunidad.

Se realizó una valoración consistente en el estudio de las caídas con un cuestionario específico de la Organización Mundial de la Salud (OMS), y de su calidad de vida, con el euroqol-5D. Se realizó un análisis univariado y multivariado.

Los resultados arribados mostraron que la prevalencia de caídas es de un 31,78%, un 12,98% presentaron más de una caída en el último año; el 55,3% ocurrieron en el domicilio, el 71,8% sufrieron lesiones físicas, con un 7,8% de fracturas. El 44,7% presentaron temor a una nueva caída, y el 22% limitaron su movilidad desde la caída. El 30% contactaron con el sistema sanitario, y un 3,3% precisaron hospitalización.

Los factores que se relacionaron con mayor riesgo de sufrir caídas fueron: tener mayor edad, ser mujer, estar viudo/a, sin estudios, presentar dificultad para mover ambas extremidades superiores y orientarse en el espacio, consumir un mayor número de fármacos, y un peor estado percibido de salud

- ***Rodríguez Navarro, Victoriano. ''Eficacia de un programa de intervención multifactorial para la prevención de caídas en los ancianos de la comunidad''. Tesis doctoral, departamento de medicina. Facultad de medicina. Universidad de Córdoba. España 2011.***

El autor realizó un trabajo de investigación cuyo objetivo fue determinar la eficacia de un programa de intervención multifactorial de prevención de caídas, en comparación con una intervención breve, en personas mayores de 69 años.

El diseño del estudio fue un ensayo clínico controlado, multicéntrico, abierto, aleatorizado, de dos brazos paralelos y con controles a los 3, 6, y 12 meses.

Participaron 11 Centros de Atención Primaria ubicados en Córdoba (España), la población se distribuyó al azar en cada uno de los dos grupos: Grupo de intervención, de carácter multifactorial (consejo individual, folleto informativo, taller de ejercicio físico y visitas domiciliarias) o Grupo control (consejo breve individual y folleto informativo). Se arribaron a las siguientes conclusiones: El programa de intervención multifactorial dirigido a personas de 70 años o más, no resultó más eficaz que la intervención breve para reducir el riesgo global de caídas, pero sí para disminuir las que se producían en el domicilio.

Con la intervención multifactorial se logra una reducción en la incidencia de caídas a casi la mitad, lo que no sucede con la intervención mínima.

Todas las investigaciones aquí mencionadas han servido de guía a los fines de conocer la problemática, los diferentes enfoques desde los cuales se ha investigado, como así también para poder plantear la situación actual en nuestra ciudad y los posibles aportes desde nuestra disciplina.

Cabe destacar que en nuestro país, si bien se realizaron investigaciones referentes al tema de caídas y prevención de las mismas en adultos mayores, no se han encontrado trabajos que traten específicamente sobre el tema de temor a caer.

Bibliografía

- Andrés, L.; Ramos, N. Y Rivera Prisco, A. (2000). *Caídas en la vía pública en adultos mayores caedores.* Tesis de grado licenciatura en Terapia Ocupacional no publicada, Universidad Nacional de Mar del Plata, Argentina.
- American Occupational Therapy Association (2012). La terapia ocupacional y la prevención de caídas. www.aotta.org/fact-sheets/falls.asp.x
- Bandura, A. (1987). *Pensamiento y acción: fundamentos sociales.* Barcelona: Martinez Roca.
- Curcio, L.; Corriveau, H y Beaulieu, M. (2011). Sentido y procesos del temor a caer en ancianos. *Hacia la promoción de la Salud, 16* (2), 32 - 51.
- Curcio, C. y Gómez Montes, F. (2012). Temor a caer en ancianos: Controversias en torno a un concepto y su medición. *Hacia la promoción de la Salud, 17* (2), 186 - 204
- Casazza, N y Nava, M. (1999). *Caídas domiciliarias en adultos mayores caedores, una propuesta de prevención desde Terapia Ocupacional.* Tesis de grado Licenciatura en Terapia Ocupacional no publicada, Universidad Nacional de Mar del Plata, Argentina.
- Colavito, M. y Serano, M. (2001). *Factores intervinientes en las caídas domiciliarias de los adultos mayores: Una propuesta de intervención secundaria.* Tesis de grado licenciatura en Terapia Ocupacional no publicada. Universidad Nacional de Mar del Plata, Argentina.
- Martin Castro, E. (2005). *Prevalencia de caídas en ancianos de la comunidad. factores asociados*. Tesis doctoral no publicada. Universidad de Córdoba, España.

- Olmos Zapata, P. (2012). *Estudio del síndrome de temor a caerse en personas mayores de 65 años.* Tesis doctoral no publicada. Universidad de Murcia, España.
- Pinazo, S. (2012). Las personas proveedoras de conocimiento y cuidados. El papel de los programas intergeneracionales. *Educación social. Revista de intervención socioeducativa*, *51*, p.45-p.66.
- Rodríguez Navarro, V. (2011). *Eficacia de un programa de intervención multifactorial para la prevención de caídas en los ancianos de la comunidad*. Córdoba, España: Servicio de publicaciones de la Universidad de Córdoba.
- Yeannes, M. (2006). *La accesibilidad y seguridad del entorno doméstico y urbano como condiciones para la contención del adulto mayor independiente. Estudio de factores de riesgo de caída en la ciudad de Mar del Plata*. III Simposium Argentino de Gerontología Institucional. Mar del Plata, Argentina.

FUNDAMENTACION

Fundamentación:

Desde el siglo XX el envejecimiento poblacional es un tema central de investigación, según "El informe de Estado de la Población Mundial 2011 realizado por la United Nations Population Fund (UNFPA) manifiesta que el mundo cuenta con 7.000 millones de personas de las cuales 893 millones son mayores de 60 años. Se estima que en el 2050 habrá 2.400 millones de personas que tendrán más de 60 años en el mundo y según las Naciones Unidas dicho fenómeno, se profundizará en el tiempo a mayor velocidad.

En América Latina y el Caribe, en los últimos 50 años, la esperanza de vida ha aumentado casi 20 años. En la década del 70 la población de AM correspondía a un 5,6% de la población, en el 2010 llegó a un 10%, y se estima que en el año 2050 esta cifra podría triplicarse llegando a 236 millones (36% de la población) para finales del siglo XXI.

La República Argentina se encuentra entre los países más envejecidos de América Latina, junto a Uruguay, Cuba y Chile (Roque- Fassio 2012).

En la provincia de Buenos Aires el envejecimiento poblacional alcanza mayores dimensiones. El censo nacional de población, hogares y viviendas (INDEC) 2010 indica que mientras en Argentina el porcentaje de AM es de un 14,3%, mientras que en la ciudad de Mar del Plata asciende a un 19,2% sobre el total.

Según Cogley (s.f) varios fenómenos convergen para que personas de entre 60 y 65 años que deciden cambiar su lugar de residencia, se trasladen desde diferentes puntos del país hacia dicha ciudad. Esto responde a diversas causas, entre las cuales se pueden mencionar las características turísticas de la ciudad, contando con infraestructura urbana, accesibilidad de servicios, clima favorable, entorno paisajístico, actividades de ocio y recreación durante todo el año. Las redes de contención también representan un elemento importante ya que, muchos de los AM que migran, poseen amigos, conocidos o familiares radicados en la

ciudad, algunos que migraron en edad laboral por ofertas de trabajo y otros que decidieron mudarse una vez que se jubilaron. Otro factor importante es la propiedad de departamentos de veraneo que facilita el cambio de ciudad. En general, dentro del imaginario social, Mar del Plata se ubica entre las ciudades más deseadas para vivir de manera permanente, ya que esta representa un lugar de vacaciones, paseos y descanso, situaciones ligadas a momentos placenteros.

Por lo expuesto anteriormente la población de AM en la ciudad de Mar del Plata se va incrementando significativamente a través de los años, esta situación representa un gran trabajo en materia de políticas de salud, dado que dicha población presenta necesidades particulares y representan un gran porcentaje de la población. En este contexto, es que la conservación de la independencia en las actividades cotidianas toma relevancia. Los avances tecnológicos, de salud y los cambios sociales, persiguen como objetivo favorecer a los AM a alcanzar edades avanzadas conservando su salud tanto física como mental, de manera que se sostenga la independencia en las actividades cotidianas, manteniendo en el tiempo la autonomía de la persona y permitiendo un mejor nivel de autoestima, dignidad y autoeficacia.

La autoeficacia es un concepto importante ya que se remite a la noción que tiene uno mismo a cerca de la eficacia en la realización de las actividades cotidianas, es decir, el juicio que cada uno tiene sobre sus propias capacidades, en base a las cuales organiza sus hábitos (Bandura 1987). Este concepto es sumamente subjetivo aunque no deja de tener un gran valor a la hora de considerar algunas conductas como aislamiento o cese de actividades durante la vejez.

El concepto de temor a caer esta directamente asociado al concepto de autoeficacia. Tinetti y cols. (1990) consideran que, si existe un nivel alto de autoeficacia, la confianza en sus propias capacidades será elevada, por lo que menor será el temor a caer o no existirá dicho temor, en cambio, si el nivel de autoeficacia es bajo, se podría afectar la independencia en la realización de las

actividades de la vida diaria como consecuencia del temor a caer influyendo en la calidad de vida de los adultos mayores.

En nuestro país según la Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida de Adultos Mayores 2012 (ENCAVIAM) se observa que el 10% de los AM presentan dependencia en la realización de las actividades básicas de la vida diaria. La misma se va incrementando con la edad, prácticamente se cuadruplica, con un 5% en el grupo de 60 a 74 años y un 21% en los mayores de 75 años.

Las mujeres con dependencia básica duplican a los varones en todos los grupos de edad.

Con respecto a la realización de actividades instrumentales de la vida diaria, el 22% de los adultos mayores presenta al menos una de las siguientes limitaciones: un 13% necesita ayuda para hacer las compras, un 12% para hacer las tareas del hogar y un 11% para viajar en transporte público, taxi, remis o auto particular.

La dependencia instrumental también se incrementa con la edad. Mientras alcanza el 14% de los adultos mayores entre 70 y 74 años, se triplica en aquellos mayores de 75 años, alcanzando el 41% de los encuestados.

Otro dato epidemiológico de suma importancia, relacionado con nuestro tema de investigación es la incidencia de caídas en los adultos mayores, según la ENCAVIAM (2012) en los últimos dos años el 32 % de los adultos mayores entrevistados sufrió una caída, de ese total el 56% se cayó más de una vez. El mayor porcentaje de caídas ocurren en el grupo de edad más avanzada.

De aquellos que han sufrido caídas en los dos últimos años, la mitad (49,2%) tuvo como consecuencia la fractura de algún hueso. La incidencia de las fracturas aumenta con la edad: un 46 % de las personas de 60 a 74 años y un 57% entre los mayores de 75 años.

Considerando la problemática del temor a caer, la alta incidencia de caídas y las limitaciones en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria en los adultos mayores es que consideramos fundamental el abordaje desde Terapia ocupacional, ya que basándose en la prevención y promoción de la salud, toma su eje en la ocupación humana, entendiendo esta como el grupo de actividades que tienen un significado personal y sociocultural para las personas, está determinada por la cultura y promueve la participación en la sociedad.

El desempeño ocupacional es un mecanismo de adaptación por medio del cual el individuo satisface sus necesidades vitales, como también los requerimientos sociales de su comunidad de pertenencia, favoreciendo su integración y participación activa en el entramado social y cultural al que pertenece.

Es por esto que consideramos de suma importancia investigar sobre la autoeficacia en la realización de actividades de la vida cotidiana en los AM especialmente en aquellos que refieren temor a caer de la ciudad de Mar del Plata, desde una perspectiva de terapia ocupacional.

Bibliografía

- Bandura, A. (1987). *Pensamiento y acción: fundamentos sociales.* Barcelona: Martinez Roca.

- Cogley, R (s.f). Mar del Plata ¿Polo Geronte a principios del siglo XXI? Universidad Nacional de Mar del Plata, Argentina. Recuperado el 4 de abril de 2015, de http://observatoriogeograficoamericalatina.org.mx/egal12/Geografiasocioeconomica/Geografiadeltransporte/01.pdf

- Corregidor Sánchez, A. (2010). *Terapia ocupacional en geriatría y gerontología: bases conceptuales y aplicaciones prácticas.* España: Ergon.

- Fernández, J. (2013). *"EL HÁBITAT EN LA 3RA EDAD" Análisis y diagnóstico de tipologías de viviendas en altura de zonas centrales de la ciudad de Mar del Plata en función de los requerimientos de los Adultos Mayores.* Primer jornada de investigadores en formación. Estudios, procesos y proyectos en arquitectura, diseño y urbanismo. Facultad de arquitectura, diseño y urbanismo. Universidad de Buenos Aires.

- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (2012). *Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida de Adultos Mayores 2012. "Principales Resultados, serie estudios INDEC Nº 46".* Argentina: Autor.

- Roqué, M. y Fassio, A. (2012). *Módulo 2: Gerontología comunitaria e institucional.* Argentina: Ministerio de Desarrollo, Presidencia de la Nación, Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia.

- Tinetti, M; Richmann, D y Powell, L. (1990). Falls efficacy as a measure of falling. *J. Gerontology, 45* (6): 239- 243. Resumen recuperado el 17 de mayo de 2014 de la base de datos Oxford Journals.

MARCO TEORICO

CAPITULO I :

VEJEZ

Marco teórico

Capítulo I: Vejez

Los paradigmas y teorías sobre el envejecimiento se construyen y complejizan con el devenir de los sujetos, las sociedades que envejecen influyen e inciden directamente en la concepción de la vejez, generando modificaciones en los abordajes tanto en los campos de la salud y la formación, como en las políticas sociales. En esta investigación se hace hincapié específicamente en el quehacer profesional del TO. Esto implica que; como el profesional concibe al individuo será como orientará sus acciones en la intervención.

Haciendo un repaso a lo largo de la historia, podemos referirnos a algunos modelos que plantean y caracterizan el envejecimiento. Fernández Ballesteros (2004) hace referencia a las características generales sobre las teorías biológicas del envejecimiento; 1- planteamiento básico de que todo organismo experimenta tres etapas: crecimiento y desarrollo, madurez, involución y declive. 2- en el envejecimiento se dan el declive fisiológico y la mayor frecuencia de enfermedades. 3- importancia de las características genéticas y el funcionamiento celular y de los diferentes sistemas. Desde esta concepción, se plantea que el envejecimiento es un proceso progresivo, irreversible y degenerativo que concluye en la muerte del individuo (Strehler 1962 c.p.Triadó y Villar 1997), la principal crítica hacia este modelo de envejecimiento se funda en el carácter negativo y pesimista de sus postulados. Más allá de las criticas, la perspectiva biomédica aporta algunas características de la vejez que podrían tener cierta influencia en algunas personas, específicamente los cambios físicos relacionados a la visión, audición, sistema vestibular, fuerza muscular, sistema esquelético y articular que pueden modificar el equilibrio o afectar la estabilidad postural y la marcha.

En la década del 60' Cummings y Henry (1961) desarrollan la teoría del desapego o la desvinculación, que plantea que el envejecimiento se caracteriza por la

reducción progresiva y voluntaria del interés por las actividades vitales y objetos que lo rodean, esto va generando un aislamiento de toda clase de interacción. De esta manera la persona va perdiendo el interés por sus vínculos y compromisos para ensimismarse y así prepararse para la muerte. Esta teoría tuvo numerosas críticas, entre las que se destacan: el hecho de considerarse universal, ser un proceso inevitable (propio de la biología y la psicología) y su carácter intrínseco (propio del individuo).

En contraposición a la teoría antes mencionada, surge la teoría de la actividad, inicialmente propuesta por Havighurst y retomada por Maddox (1973) Sostiene que las personas más adaptadas, que sobreviven más años y en mejor estado, son las más activas, ya sea porque continúan las mismas tareas y roles de siempre o porque buscan nuevas actividades de acuerdo a sus preferencias, sustituyendo roles perdidos y manteniendo un lugar en la sociedad.

Esta teoría hizo grandes aportes contra los estereotipos negativos en relación a los adultos mayores y ha servido de base para la implementación de políticas sociales que estimulan la actividad (Fernandez Ballesteros ,2004).

La crítica principal que se le hace a este modelo es que la realización de actividades se conviertan en una obligación o demanda, de manera que aquella persona que desea envejecer de mejor modo se ve obligada a realizar actividades más allá de sus propios deseos o necesidades. También se plantea que esta teoría sitúa a las personas con limitaciones físicas o mentales en una situación desventajosa o de marginación social. Sin embargo es importante aclarar que el término activo, más allá del hacer en sí, se destaca su condición de posibilidad y hacer significativo.

Según Pinazo (2012) desde que Naciones Unidas acuño el concepto de envejecimiento activo y lo definiese como “el proceso de optimizar oportunidades de salud, participación y seguridad para promover la calidad de vida a medida que se envejece’’, han sido muchas las políticas sociales, programas y proyectos

puestos en marcha. Este autor retoma el concepto de envejecimiento activo, aunque incluye a aquellas ''personas frágiles, con discapacidad o que necesitan asistencia'', ampliando así la mirada del envejecimiento y sus posibilidades.

En la década del 70' el concepto de ciclo vital promueve cambios en la visión tradicional del envejecimiento, (Neugarten, 1975. Fernandez Ballesteros, 2004) parte de la concepción de Erikson, el cual considera que eventos significativos determinan diferentes etapas en la vida de un individuo (finalización de la escolaridad, matrimonio, tener hijos, nietos, entre otros) y los roles que se van asumiendo, los cuales implican cambios en el autoconcepto y en la propia identidad. Desde una mirada psicosocial, plantea que en las diferentes etapas de la vida se dan distintos conflictos que darán como resultado vivencias positivas y negativas. La concepción de vejez se modifica, no solo se hace hincapié en la edad de la persona o en los aspectos biológicos, sino también en los aspectos histórico y social, es así que el envejecimiento es concebido como multidimensional. Esta teoría plantea que el conflicto en la vejez se da, entre la integridad y la desesperación; la primera representa la resolución positiva del conflicto a través de la aceptación de los cambios y limitaciones propios de la etapa, lo cual conlleva a la sabiduría, por el contrario, la desesperación representa la resolución negativa que se da por la falta de aceptación y la carencia de tiempo.

Siguiendo ésta perspectiva evolutiva del envejecimiento, Triadó y Villar (1997) mencionan tres aspectos diferenciales a saber: *intraindividual*: los procesos de cambio podrían no afectar necesariamente a todas las dimensiones del ser humano ni de la misma manera. Así, mientras algunas dimensiones podrían sufrir declive o deterioros asociados a la edad, otros podrían permanecer estables o incluso mejorar. 2. *Diferencias interindividuales*: Los procesos de cambio podrían ser diferentes en cada persona, como producto de la configuración concreta de influencias antes mencionadas, así como del propio intento del individuo de adaptarse a los cambios. 3. *Coocurrencia de pérdidas y ganancias*: Como consecuencia de lo anterior, el envejecimiento, como todo proceso evolutivo,

presenta tanto pérdida como ganancia, no pudiendo ser reducido únicamente a uno de los polos.

Desde el campo científico la teoría que goza de mayor reconocimiento es la del *envejecimiento exitoso,* Rowe y Kahnen (1998) establecieron tres criterios para lograr envejecer con éxito: una baja probabilidad de padecer enfermedades o discapacidades asociadas a la enfermedad, una capacidad funcional alta, física y cognitiva, pero sobre todo una implicación activa con la vida. Mauro Brigueiro (2005), plantea la necesidad de una reflexión crítica de los términos envejecer con éxito y promoción de la salud, propone que este paradigma presupone que el temor a sufrir enfermedades es super-valorado y que muchas de las pérdidas funcionales pueden ser evitadas e incluso recuperadas a través de prácticas de promoción de la salud. Además supone que la responsabilidad de envejecer exitosamente depende de la propia persona y de las acciones de prevención y promoción de salud, adjudicando a las personas como principales responsables del proceso salud-enfermedad, favoreciendo la estigmatización de aquel que no logra el envejecimiento con éxito.

Villar (2012) resignifica dicho constructo, planteando la noción de adaptación, refiriéndose a que envejecer exitosamente no es un estado final ideal y universal, sino que es poder aplicar procesos de adaptación de manera eficiente para lograr estados deseados que son propios a cada individuo, y así disminuir la probabilidad de pérdida manteniendo los estados satisfactorios para el individuo y en caso de que existan pérdidas contener y compensar el efecto dañino. Desde la teoría del ciclo vital se plantean al menos tres estrategias para disminuir la amenaza de pérdidas, a saber: *Selección*, que consistiría en centrarse en las habilidades o dominios más relevantes o que aporten mayor satisfacción, para continuar funcionando de manera óptima a costa quizá de sacrificar el número de actividades o dominios diferentes en los que nos implicamos. *Optimización* de la actuación en los dominios y trayectorias vitales escogidas, gracias a una capacidad de aprendizaje que no se pierde con los años. *Compensación* de las

posibles pérdidas a través de otras capacidades no afectadas por ellas. (Baltes y Baltes 1990, Freund 2008, Freund y Baltes 2007, Villar 2012)

Otra concepción que hizo grandes aportes es la que propone una mirada más social del envejecimiento, incorporando el término *generatividad*, que es la ''capacidad de las personas mayores de producir bienes y servicios" (Pinazo, 2012). Esta mirada de la vejez fue inicialmente incorporada por Erikson, el cual da sentido a dicho termino como las contribuciones que los mayores pueden hacer al funcionamiento familiar, la participación social y la vida cívica, también plantea la importancia que tienen las relaciones intergeneracionales y la implicación en la formación y capacitación. La generatividad toma relevancia en el marco social y familiar, un ámbito habitual para desarrollar la generatividad es el cuidado de los nietos, lo cual promueve el medio para sentirse útiles, para el enriquecimiento, y el descubrimiento de nuevas capacidades (Pinazo 2012). Esta mirada sostiene que los adultos mayores son un pilar fundamental de la sociedad como agentes educativos principalmente, como referencia social, promoviendo los sentimientos de pertenencia familiar y la unión con el pasado, también juegan un papel importante en la transmisión de valores y afectos positivos.

Otra teoría íntimamente ligada a la de generatividad, es la de *envejecimiento productivo,* Butler y Schechter (1995) lo definen como ''la capacidad de un individuo o una población para servir en la fuerza de trabajo remunerada, en actividades de voluntariado, ayudar en la familia y mantenerse tan independientes como sea posible''. Bass, Caro y Chen (1993) definieron el envejecimiento productivo como '' cualquier actividad desarrollada por una persona mayor que produce bienes o servicios, sea remunerada o no, o desarrollada capacidad para producirlos''. Esta mirada pretende reconocer y hacer visible el aporte de los adultos mayores a la sociedad, promoviendo una visión positiva en el sentido de concebir a los mayores como un colectivo productivo y esencial para el funcionamiento de la sociedad, y no como una carga.

Todas las concepciones anteriormente descriptas logran hacer un aporte desde diferentes miradas que, en conjunto, abarcan globalmente la complejidad que supone la población de AM. Así es que podemos concebir la vejez como una etapa más del ciclo vital, que como todas las etapas, tiene sus características particulares, sus pérdidas y ganancias, que se encuentra atravesada por un momento histórico- cultural determinado y ocupa un lugar particular en la sociedad a la que pertenece. Se puede pensar en la vejez como única en cada individuo, es decir, que habrán tantas maneras de envejecer como personas envejezcan, es por esto que, si bien existen características comunes a la mayoría de los AM, también existen múltiples variables en el envejecimiento que son propios de cada individuo, sus características personales y sus condiciones particulares (de salud, intelectuales, socio-económicas, familiares, personalidad, etc.).

La posibilidad de caracterizar a la vejez y entender los paradigmas, permite al T.O posicionarse desde un lugar de entendimiento y comprensión de la población de AM para así, poder brindar un abordaje adecuado.

Bibliografía.

- Brigueiro, M. (2005). "Envejecimiento exitoso" y "tercera edad": problemas y retos para la promoción de salud. *Investigación y educación en enfermería Medellín, 23* (1), 102-109.

- Curcio, L.; Corriveau, H y Beaulieu, M. (2011). "Sentido y procesos del temor a caer en ancianos". *Hacia la promoción de la Salud, 16* (2), 32- 51.

- Huenchuan, S. (2012). *Los derechos de las personas mayores en el siglo XXI: situación, experiencias y desafíos*. Ciudad de México: CEPAL

- Pinazo, S (2012). Las personas proveedoras de conocimiento y cuidados. El papel de los programas intergeneracionales. *Educación social. Revista intervención socioeducativa, 51*, 45- 66

- Triadó, C. y Villar, F. (1997). Modelos de envejecimiento y percepción de cambio en una muestra de personas mayores. *Anuario de psicología 73*, 43- 55. Facultad de psicología. Universidad de Barcelona.

CAPITULO II:

TEMOR A CAER

AUTOEFICACIA

INSTRUMENTOS DE MEDICION

Capitulo II

Temor a caer

En un sentido amplio el término ''temor'' remite, eminentemente, a un concepto psicológico, sin embargo luego de la recopilación documental en el marco de la temática de la gerontología y las caídas, es un término amplio, poco preciso, y aún no hay consenso en la manera de nominarlo. A menudo dichos conceptos se utilizan de manera intercambiable como si se tratara de un único constructo. Por lo que, a continuación presentaremos las diferentes acepciones y su análisis, que nos permita explicar cómo es concebido el temor a caer desde una perspectiva de T.O para aplicarlo a nuestra investigación.

Identificar el temor a caer como un problema de salud surgió en los años 80, denominándolo, ptofobia (temor fóbico), fue en 1985 que se reconoció su importancia, enunciando que aunque las caídas no ocasionaran lesiones físicas, podían tener otras consecuencias, la más importante el temor a caer de nuevo, el cual a su vez, conducía a ansiedad, pérdida de la confianza, aislamiento social y restricción de las actividades de la vida diaria.

En la década de los 90, se pudo arribar a la conclusión que el temor puede ser independiente de la presencia o de la experiencia previa de caídas, del riesgo de caer, de conocer a alguien que haya caído y ambos pueden ser factores predictores entre ellos.

Desde una mirada más tradicional, el temor a caer está relacionado con caídas previas o con patologías que alteran algunas funciones como la marcha y el equilibrio, principalmente se asocia a poblaciones de mayor edad donde se podría dar con mayor frecuencia deterioro de las funciones, tanto cognitivas como motoras, entre otras, y donde el temor no se da solo en relación a la caída en sí, sino que se asocia a las consecuencias posteriores a la caída (fracturas, lesiones, desvalorización social, entre otros) Olmos Zapata (2012). Por lo que el temor a

caer podría relacionarse con la apreciación de la confianza y valoración objetiva del equilibrio, como función orgánica.

En la mayoría de las publicaciones revisadas al respecto, hemos encontrado que el síndrome de temor a caer (STAC) se define como ''un conjunto de síntomas y signos que presenta una persona con miedo a la caída''. Olmos Zapata (2012) y generalmente se considera como una consecuencia a haber sufrido una caída previa. Entendiéndose por caída al: "Evento que lleva a una persona, sin intención al reposo en el suelo o a otro nivel bajo, sin estar relacionado con un evento intrínseco importante, por ejemplo: accidente cerebrovascular (ACV) o alguna fuerza extrínseca por ejemplo derribado por un coche" Tinneti (1988) Olmos Zapata (2012). Cuando existe la presencia de dos o más caídas en el lapso de un año, se definen como caídas recurrentes (Curcio, Gomes, Osorio y Rosso, 2009).

Sin embargo, en la publicación de la revista de la Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatría (2008), se explica que aunque el temor a caer está íntimamente relacionado con las caídas, esto no significa que, necesariamente, este temor sea consecuencia de una caída previa, sino que su causa es multifactorial y multidimensional.

Colavito y Serano (2001), en su tesis de grado, conforman el perfil del anciano caedor teniendo en cuenta los factores personales, conductuales, ambientales y las características socio-económicas.

En una investigación de Curcio y cols. (2012), realizada en Colombia, se menciona que el temor a caer es muy común entre los adultos mayores, incluso entre aquellos que nunca han caído. Su prevalencia varía considerablemente, y va desde el 29% hasta el 92% en los que han caído y que viven en la comunidad. Entre los ancianos que no han caído, la prevalencia varía del 12% al 65%. En ancianos de 60 años y más, la prevalencia de temor a caer está entre el 45% y el 82%. Además, muchas personas mayores admiten haber restringido sus actividades a causa de este temor. Basándose en los resultados, las autoras

arriban a la conclusión de que el temor a caer es un concepto difícil de definir, impreciso, ambiguo y presentan dos acepciones interesantes a partir de este estudio. Por un lado las personas mayores reportan un temor difuso, sin objeto preciso y sin causa evidente, cuya amenaza es oscura, vaga, con una duración ilimitada y se acompaña de sentimientos de impotencia, los participantes no pueden precisar de qué o a que le tienen miedo, no le temen a la caída como tal. El miedo a caer va más hacia lo desconocido, a lo que viene después, a lo que se supone que puede ocurrir. Por ello las autoras remiten a otro concepto, el de angustia, que refleja un sentimiento, una preocupación similar al miedo, en la cual el objeto del peligro es indeterminado, no hay una causa objetiva evidente, en la cual la amenaza es oscura, vaga y no inmediata, se acompaña de sentimiento de impotencia, su duración es ilimitada, es decir que se vive en el tiempo con relación al futuro. Por tanto lo que atemoriza a los adultos mayores, no es la caída en sí misma, sino que es el temor a las consecuencias, a quedar discapacitado, a volverse dependiente, a desaparecer. Las autoras concluyeron que el temor a caer es un sentimiento que está cerca de una inquietud más existencial. Desde una visión ontológica, la angustia nos revela un sentimiento de impotencia en el presente que se proyecta a un evento futuro que se prevé posible. Por otra parte, la acepción que utilizaremos en el presente estudio, plantea que el miedo en general, a diferencia de la angustia, se caracteriza por ser una emoción ante un objeto determinado y externo, que siempre se puede nombrar y reconocer, tiene una causa evidente y supone una amenaza precisa con duración limitada, esto significa que se sitúa en el espacio y en el tiempo, con relación al presente y también se puede acompañar con manifestaciones físicas o fisiológicas. (Curcio y cols. 2012), por lo que el temor a caer implica la posibilidad de un evento presente o futuro. Siguiendo la línea del paradigma de la funcionalidad, centrados en la autoeficacia y la confianza en el desempeño en las actividades de la vida diaria, la definición más conocida y utilizada es la de Tinetti, Richman y Powell (1990) plantean el temor a caer como:…"la pérdida de confianza en sí mismo para evitar

las caídas durante la realización de actividades esenciales y relativamente no peligrosas, que llevan al individuo a evitar actividades que es capaz de realizar''.

Dicho temor puede ocasionar una limitación en las actividades cotidianas, que la persona se vea en la necesidad de hacer ajustes en la manera de realizar sus actividades habituales o bien dejar progresivamente de realizarlas. En cuanto a la confianza en su capacidad para prevenir las caídas, es probable que antes de ejecutar una respuesta, la persona realice no solamente una evaluación del equilibrio, sino también una estimación de su capacidad de utilizar una amplia compilación de estrategias para evitar la caída (por ejemplo, prestar más atención, reducir la velocidad de la marcha, adaptar su baño, utilizar un bastón, entre otros).

Como hemos mencionado con anterioridad, la presente investigación adhiere a los conceptos de Tinetti y cols. (1990) quienes postulan que cuanto mayor sea el temor a caer, menor será la autoconfianza que la persona posea al realizar las actividades cotidianas, por lo que la vida del AM podría llegar a estar restringida, está relación nos lleva a recurrir al término de autoeficacia, para ampliar la comprensión de la problemática.

Autoeficacia

En la presente investigación tomamos el término de autoeficacia de Albert Bandura (1987), quien parte de la teoría social cognitiva, la misma se basa en la idea de que el hombre aprende a través de diferentes ''caminos'' que son la observación, la imitación y el ejemplo. Sus estudios se centran en la importancia de la atención, la memoria y la motivación, como así también la influencia que tienen los factores ambientales, conductuales y cognitivos sobre el aprendizaje.

La autoeficacia se centra en el concepto de aprendizaje social cognitivo, ya que se basa en la importancia que tiene la propia creencia del sujeto a cerca de sus capacidades de aprender algo nuevo.

Autoeficacia se define como "los juicios de cada individuo sobre sus capacidades, en base a los cuales organizará y ejecutará sus actos de modo que le permitan alcanzar el rendimiento deseado". (Bandura, 1987).

Esta definición va más allá de los recursos reales que tenga una persona para enfrentar determinadas situaciones, más bien se centra en la confianza que ella tenga en poder resolver en forma positiva los desafíos que se presentan en la vida cotidiana.

La percepción de las propias capacidades va a influir en las decisiones que se tomen, en la motivación y en la conducta. Si uno se cree capaz de realizar tal o cual tarea la emprenderá de una forma positiva, con perseverancia, Si en cambio la autoeficacia es baja, tendremos poca iniciativa, escasa tolerancia a la frustración, y cierto temor o desgano que provocará el abandono de dicha tarea. Por lo tanto la autoeficacia va a influir en las distintas actividades cotidianas y en las diferentes formas del funcionamiento psicosocial de la persona (Bandura, 1987).

La relación entre autoeficacia y capacidades concretas de una persona es de gran relevancia, ya que cuanto mayor sea la distancia entre ambos, mayor será la posibilidad de exposición a situaciones desfavorables, en el caso de sobrevalorar las propias capacidades puede provocar daño, frustración, falta de credibilidad en los demás. Y por el contrario, la valoración de la propia autoeficacia por debajo del potencial real, puede causar autolimitaciones generando obstáculos internos que impidan lograr los objetivos, limitando así las actividades gratificantes o que generen un crecimiento personal.

Con el paso del tiempo la percepción de la autoeficacia se va modificando, la persona mayor hace reevaluaciones, generalmente basándose en estereotipos y/o prejuicios asociados a la vejez que están instalados socioculturalmente. Como hemos mencionado, la percepción de la autoeficacia puede influenciar en gran medida, la conducta, de modo que el adulto mayor, debido a los cambios tanto físicos, fisiológicos como el lugar social que pasa a ocupar, puede ver afectado su desempeño en las actividades cotidianas debido a, entre otras cosas, una percepción negativa de la propia autoeficacia (Bandura, 1987).

El cambio de paradigma sobre la vejez, la propuesta de concebir el envejecimiento desde una visión más positiva y saludable, propicia pensar en una concepción social más favorecedora para la propia población de adultos mayores, lo que podría brindar una percepción de autoeficacia más elevada y positiva.

Los factores que influyen a la hora de crear las expectativas de autoeficacia según Bandura son a través de las experiencias previas, las experiencias vicarias[1], la persuasión verbal y estados fisiológicos.

Las experiencias personales previas influyen en la autoeficacia a partir de conseguir los logros deseados o no. Los éxitos van a aumentar la percepción de autoeficacia, mientras que los fracasos repetidos la van a disminuir.

[1]Se refiere a las sensaciones y emociones que se viven a través de las experiencias de otras personas

Las experiencias vicarias, se refieren a las observaciones de las experiencias similares de otros, comparándolas con uno mismo, los éxitos y fracasos de estas personas van a influir en la propia percepción de la autoeficacia. Esta influencia puede ser favorecedora para la percepción de autoeficacia o perjudicarla.

La persuasión verbal y la influencia social va a afectar directamente la autoeficacia en la población mayor, depende la cultura en la que se esté inserto, se puede tender a desvalorizar las capacidades generales y de independencia de los AM. En contraste se puede dar un valor social del saber, de las experiencias, que le den confianza y seguridad a la hora de desempeñarse de forma independiente. En nuestra sociedad consideramos que se está gestando un proceso de cambio positivo con respecto a la percepción de los AM.

La opinión de la familia es muy importante en este punto ya que va a afectar directamente al AM, si este siente la confianza y la contención por parte de sus seres queridos, seguramente que su autoeficacia se verá aumentada. En cambio, si la familia no considera que sea capaz de continuar con su vida independiente, y no recibe la contención necesaria, posiblemente su autoeficacia se verá reducida.

Los estados fisiológicos van a depender de la lectura que cada persona haga de los mismos, si se interpretan los mismos como cambios negativos de la edad, es de entender que la persona comience a suspender las actividades que normalmente realizaba y pase a estar más pasiva, generando cierto deterioro por inactividad. Si en cambio se interpreta, por ejemplo, la fatiga como falta de estado físico y como consecuencia del sedentarismo, posiblemente la persona tienda a buscar actividades que generen una mejora en su estado físico.

Todos estos conceptos unificados van a determinar el grado de autoeficacia que la persona construya de sí misma. En resumen la autoeficacia se refiere a la confianza o a la creencia en las propias capacidades para ejecutar actividades de manera exitosa, y es importante para mantener adecuados niveles de actividad

física y prevenir declinación funcional y el temor a caer se refiere a la posibilidad de un evento futuro. En este sentido ambos se diferencian.

Instrumentos de medición del temor a caer

La ausencia de consenso sobre la definición y la operacionalización del temor a caer, hace que existan diversos instrumentos de medición, que se pueden agrupar según el constructo medido (Curcio y cols. 2012).

Instrumentos que miden el temor a caer propiamente dicho:

Antiguamente, para medir el temor a caer se utilizaba la pregunta ¿tiene temor a caer? Es el método más conocido y utilizado, y a pesar de ser una sola pregunta, existen distintas versiones que varían en las posibles respuestas: desde una escala dicotómica si/no, hasta una numérica de cuatro puntos, pasando por una ordinal que va de ninguno a mucho miedo. Frecuentemente se agrega otra pregunta acerca de la restricción de actividades ocasionadas por el temor a caer con respuesta si / no.

Un instrumento multi ítems que mide el temor a caer es The Survey of activities and Fear of Falling in the Elderly (SAFFE) (Lachman y cols., 1998) evalúa las consecuencias negativas del temor a caer, existen dos versiones de este instrumento.

Otro instrumento que mide el temor a caer es el University of Illinois at Chicago Fear of Falling Measure (UICFFM) (Velozo y Peterson, 2001) fue diseñado para medir el temor a caer en entornos clínicos e incluye actividades de la vida diaria.

El Geriatric Fear of Falling Measure (GFFM) (Huang, 2006) es el único instrumento que se construyó para medir el significado percibido del temor a caer. Representa la culminación de una investigación cualitativa. Abarca cuatro dimensiones: síntomas psicosomáticos, la adopción de actitudes de prevención de riesgos, la atención sobre la seguridad del medio ambiente y las modificaciones en el comportamiento.

Instrumentos que miden la autoeficacia relacionada con caídas:

Tinetti, Richmann y Powell (1990) desarrollaron la falls efficacy scale (FES) para medir el miedo de caer utilizando la definición operativa del temor a caer como "baja autoeficacia percibida para evitar caídas durante las actividades esenciales, no peligrosas de la vida diaria". Las autoras argumentan, basándose en el trabajo de Bandura, que la autoeficacia se relaciona con la disminución de actividades, puesto que las personas que tienen una baja autoeficacia en una actividad tienden a evitar su ejecución, por lo tanto el miedo a caer es una disminución de la autoconfianza en la realización de las actividades cotidianas.

En el desarrollo de la escala de FES, Tinetti y sus colegas consultaron con un equipo de expertos como fisioterapeutas y enfermeras y elaboraron una lista con actividades esenciales para la vida independiente de AM que viven en comunidad. La escala cuenta con 10 actividades que se puntúan del 1 al 10.

La fiabilidad y validez de las FES fueron evaluadas en dos muestras de AM que vivía en la comunidad. La FES mostró buena fiabilidad test-retest (correlación de Pearson 0,71). Los sujetos que informaron evitar actividades por temor a caer tenían puntuaciones más altas FES, mientras que aquellos que no informaron temor a caer, tuvieron puntuaciones más bajas de autoeficacia.

Actualmente, existen numerosas versiones de la FES, dicha escala ha sido modificada debido a la necesidad de aplicarla a diferentes contextos y poblaciones y profundizar los hallazgos encontrados. Por ejemplo: **mFES** (modified FES) (Hill, Schwarz, Kalogeropoulos y Gibson, 1996), se le agregaron cuatro actividades fuera de la casa, **aFES** (adapted FES) (Lusardi y Smith, 1997) adapta una escala numérica de cuatro puntos, **amFES** (amended FES) (Buchner y cols., 1993) se califica con una escala tipo Likert, **FES-UK** (Parry, Steen y Galloway, 2001) validado en Inglaterra. **FES(S)** (Hellström, Lindmark y Fugl-Meyer, 2002) es la versión sueca en adultos mayores con enfermedad cerebro vascular, agrega tres actividades a la versión original.

La **FES-I (internacional)** (Yardley y cols., 2005) es la versión más reciente de la escala FES que fue rediseñada y validada para implementar su uso en una variedad de contextos culturales. La FES-I, que se puede administrar en una entrevista estructurada o en forma de auto-informe, se ha desarrollado para ampliar la FES original mediante la inclusión de una gama más amplia de actividades, así como aspectos sobre actividades sociales.

El cuestionario resultante está formado por 16 ítems, 10 de la escala FES original (con cambios en su redacción) y la incorporación de 6 nuevos, que consisten en indagar sobre actividades tales como caminar sobre superficies resbaladizas, desiguales o inclinadas, visitar amigos o familiares, salir a algún evento social o estar en lugares multitudinarios.

Según Olmos Zapata (2012). La FES-I es más adecuada que la FES original en la detección de problemas relacionados con las actividades sociales y tareas más exigentes como las realizadas al aire libre, además de resultar especialmente útil para evaluar miedo a caer en las poblaciones que viven en la comunidad.

Consideramos que la FES-I, es la más adecuada para aplicar en la presente investigación, por su carácter internacional, validada a las diferentes culturas, por ser de fácil administración, por estar dirigida directamente a personas mayores que viven en la comunidad, población que tomaremos para el presente trabajo y por basarse en actividades de la vida cotidiana, rasgo fundamental de nuestra profesión ya que como vimos hay instrumentos que toman constructos a nuestro criterio más complejos relacionado con la psicología como la ansiedad, y otros más relacionados a la medicina, como el equilibrio.

Dada la relevancia que las actividades cotidianas representan en la vida de los AM y como herramienta fundamental de nuestro rol profesional en esta temática, es que nos resulta interesante analizar los datos que se recabarán en esta investigación.

Bibliografía

- Bandura, A. (1987). *Pensamiento y acción: fundamentos sociales.* Barcelona: Martinez Roca.
- Curcio, C.; Corriveau, H y Beaulieu, M. (2012). Sentido y procesos del temor a caer en ancianos. *Hacia la promoción de la Salud, 16* (2), 32 - 51.
- Curcio, C y Gómez Montes, F. (2012). Temor a caer en ancianos: Controversias en torno a un concepto y su medición. *Hacia la promoción de la Salud, 17 (2*), 186-204
- Colavito, M. y Serano, M. (2001) *Factores intervinientes en las caídas domiciliarias de los adultos mayores: Una propuesta de intervención secundaria.* Tesis de grado licenciatura en Terapia Ocupacional no publicada. Universidad Nacional de Mar del Plata, Argentina.
- Curcio, C.; Gomes, F.; Osorio, J. y Rosso, V. (2009). Caídas recurrentes en ancianos. *Acta Medica Colombiana 34* (3).
- Olmos Zapata, P. (2012). *Estudio del síndrome de temor a caerse en personas mayores de 65 años.* Tesis doctoral no publicada. Universidad de Murcia, España.
- Tinetti, M; Richmann, D y Powell, L. (1990). Falls efficacy as a measure of falling. *J. Gerontology, 45* (6): 239- 243. Resumen recuperado el 17 de mayo de 2014 de la base de datos Oxford Journals.

CAPITULO III:

ACTIVIDADES SE LA VIDA COTIDIANA

Capitulo III

Actividades de la vida cotidiana

Las actividades de la vida diaria o cotidianas, se incorporan progresivamente desde el nacimiento, conllevan un aprendizaje, son rutinarias y nos brindan la posibilidad de ser autosuficientes, otorgan el valor de persona incrementando el sentimiento de realización personal.

Estas se pueden clasificar en tres grupos*; Actividades básicas de la vida diaria,* son aquellas que hacen referencia a actividades imprescindibles para cuidar de uno mismo tales como comer, higiene personal: aseo, ir al baño, bañarse, vestirse. *Las actividades instrumentales de la vida diaria,* son aquellas necesarias para llevar una vida independiente en el sentido más amplio del término, pero que pueden ser delegadas, estas son exigentes y complejas tales como cocinar, limpiar, administrar dinero, cuidar a otras personas, utilizar nuevas tecnologías, ir de compras y movilidad en la comunidad. *Las actividades avanzadas de la vida diaria,* concepto recientemente introducido por Ruben y cols. (1990), que engloba una serie de actividades especialmente complejas. Son conductas elaboradas, de control del medio físico y del entorno social, que permiten al individuo desarrollar un rol social, mantener una buena salud mental y calidad de vida; incluyen actividad física (ejercicio, deportes) y actividades sociales (viajes, aficiones,) La conservación de la independencia en las actividades de la vida diaria es fundamental en la población de AM. Este carácter fundamental radica en la incidencia que tiene dicha independencia en la autoestima y calidad de vida.

Ser capaz de realizar las actividades de la vida cotidiana en forma independiente en edades avanzadas es fundamental para la satisfacción personal, sobre todo cuando hay situaciones en la que la independencia puede estar en riesgo.

No podemos dejar de lado la influencia del contexto en relación con las actividades cotidianas, ya que las mismas siempre se realizan en un entorno,

donde pueden encontrarse diferentes niveles de independencia, plantea Roumec, (2007). Un modelo conceptual interesante, que representa la interacción entre la persona y el ambiente, es el denominado "de presión o docilidad ambiental" propuesto por Lawton y Nahemow (1989), quienes describen la interacción de las capacidades de las personas con el entorno durante la ejecución de actividades y la exigencia o demanda que ejerce el mismo. Este modelo o "hipótesis de la docilidad ambiental" sostiene: que a menor competencia o capacidad individual mayor va a ser el impacto/demanda del entorno sobre la persona". Entonces el mismo entorno puede generar diferentes demandas para distintas personas de acuerdo a sus capacidades funcionales, o para la misma persona a través de los años con los cambios esperables en sus capacidades funcionales.

Cuando la exigencia del entorno supera las capacidades de las personas se generan conductas desadaptadas y ciertos riesgos como sufrir caídas o tropiezos.

En el grafico elaborado por Fernando Alonso López a partir de un trabajo de Osberg, Scott y cols., 1999. Se puede observar que aquellas personas con un grado de funcionalidad y capacidades superiores a la media, no van a tener ningún problema en el desempeño de sus capacidades de la vida diaria dentro de su entorno por mas exigencias que el mismo presente, mientras que la persona "estándar" va a responder a las demandas de un entorno "estándar". Lo interesante que plantea esta teoría es el exceso de discapacidad en las situaciones en las cuales una persona es incapaz de acomodarse a las demandas del entorno, funcionando como si fuera más frágil o sometiéndose a las exigencias del ambiente sin percibir el riesgo. Si estas demandas del ambiente fueran modificadas a la funcionalidad o capacidad de la persona, la independencia en las actividades de la vida cotidiana no se vería afectada y la exposición a determinados riesgos sería totalmente evitables. Es indispensable la intervención en los ambientes para que sean utilizados sin dificultades por todas las personas, incluyendo aquellas con disminución de la funcionalidad.

FUNCIONALIDAD DE LA PERSONA	EXIGENCIA DEL ENTORNO
Super hombre →	100
persona “estándar” →	← entorno “estándar”
Cuerpo inerte →	0

(Alonso López, 1999)

Horgas, Wilms y Baltes (1998) Afirman que las actividades cotidianas se establecen a partir de las propias preferencias y de las influencias del contexto sociocultural en el cual se vive. El patrón de actividades que lleva a cabo la persona, refleja hasta cierto punto metas, valores y preferencias. Toma a la persona como un ser activo, intencional que es capaz de decidir sobre su propia vida. El bienestar personal puede derivarse directamente de la realización de ciertas actividades de las que se extrae significado. Algunas de ellas son los medios con los que se cuenta para lograr los objetivos que se propone la propia persona, mientras que otras son el fin en sí mismas.

Las actividades que están mayormente relacionadas con la satisfacción, son las que se realizan en el tiempo de ocio, en la vejez este se incrementa debido a la jubilación o al cese de la actividad laboral remunerable. Es importante la utilización de este tiempo en forma creativa y significativa; de la capacidad de los mayores para realizar esta reestructuración del tiempo en nuevas rutinas dependerá la satisfacción y el bienestar.

Las actividades de la vida cotidiana se pueden clasificar en las de ocio y tiempo libre, las productivas o trabajo y las de cuidado personal. De todas las actividades que se realizan a lo largo del día no todas generan satisfacción de la misma manera. El tiempo de ocio es el que en mayor medida depende de la propia voluntad y criterios de rendimiento. El mismo tiende a ser mayor en la vejez y su utilización va a depender de los recursos que cada persona posea, ya sean personales como materiales.

En la vejez se puede estrechar la conexión entre lo que la persona hace y lo que realmente desearía hacer. La reducción de la perspectiva temporal favorece el planteamiento de objetivos y deseos futuros más modestos y a corto plazo (Ryff, 1991).

El abordaje que se realiza desde Terapia Ocupacional va a estar dirigido a promover una mejor calidad de vida de las personas mayores, centrando su intervención en las actividades de la vida cotidiana de diferentes maneras, proveyendo de técnicas específicas en la realización de las actividades cotidianas, adaptaciones, y diferentes herramientas necesarias para cada situación.

Uno de los objetivos principales es brindar mayor seguridad y eficacia en la realización de las diferentes actividades, en un marco de promoción y prevención de la salud.

Actividades de la vida cotidiana y temor a caer

Curcio y cols. (2012) recabaron datos acerca de los ajustes que las personas mayores realizan en su vida cotidiana, dados estos por el propio proceso de envejecimiento o específicamente por el temor a caer. En ambos casos se dan cambios en la realización de las actividades de la vida cotidiana, que estarán dados según las necesidades de cada individuo, esto determina un gran cambio que marca un antes y un después del temor a caer, que es progresivo cuando no hay una caída previa y, más acentuado si el temor se da luego de una caída.

Se puede hablar de tres características del temor a caer; es un proceso que se vive en el tiempo (continuidad), es un proceso de larga duración, y por último, las personas deben hacer ajustes para afrontar el temor. La gestión del temor a caer en la vida cotidiana de las personas mayores suscita ajustes biográficos que le permiten incorporar a sus vidas tanto el temor como los cambios que lo acompañan. El ajuste biográfico es el proceso mediante el cual los AM y sus familias toman medidas para mantener o recuperar un cierto grado de control sobre sus vidas y se puede dividir en cuatro procesos; incorporar el miedo en la biografía, reconocer las propias limitaciones, reorientar las actividades, y reconstruir la identidad (Curcio, 2012).

Durante el proceso de envejecimiento se pueden producir cambios paulatinos que se incorporan en las rutinas diarias, cuando existe temor a caer, estos cambios serán parte de las estrategias para manejar dicho temor. La rutinización puede otorgar seguridad en la realización de las actividades cotidianas y representar un aspecto importante en el manejo del temor, las actividades se tienden a repetir siempre de la misma manera, siguiendo los mismos pasos. Esto implica el tomarse más tiempo para cada actividad, anticipar los elementos necesarios para realizarlas, preparar los espacios de la casa como el baño antes de bañarse, no cambiar de lugar los objetos, entre otras, estas estrategias pueden otorgar seguridad en el presente y son acciones orientadas al futuro por lo que actúan

sobre la incertidumbre y la angustia. De esta manera se puede facilitar y organizar el presente.

Bibliografía:

- Curcio, L.; Corriveau, H y Beaulieu, M. (2012). "Sentido y procesos del temor a caer en ancianos". *Hacia la promoción de la Salud, 16* (2), 32- 51.
- Roumec, B. (2007). Percepción de riesgos y modificación de hábitos en el hogar. Presentación de casos. En J. Escudero y D. Sharovsky (Eds.) *Habitar el envejecer*. Mar del Plata: EUDEM
- Moruno Miralles, P. y Romero Ayuso, D. (2005). *Actividades de la Vida Diaria*. España: Masson.
- Romero, S.; Fernandez Arin, A.; Mesa, E.; García Arilla, M. y Calvo, E. (2006). *Tratado de geriatría para residentes.* cap. 4
- Triadó, C., Villar, F., Solé, C. y Osuna, M. (2006). Patrones de actividad cotidiana en personas mayores: ¿Es lo que dicen hacer lo que desearían hacer? *Psicothema 18* (1) 149-155. Universidad de Barcelona y Universidad Ramón LLull.
- Triadó, C., Villar, F. y Osuna, M. (2003). Rutinas cotidianas en la vejez: patrones de actividad e influencia del sexo y la edad. *rev. Multgerontol 2003*; 13(1): 29-36
- Trombly, C. (1990). *Terapia Ocupacional para enfermos incapacitados físicamente*. Edic. científicas La prensa médica mexicana, S.A de C.V.

CAPITULO IV:

ATENCION PRIMARIA DE SALUD

Capitulo IV

ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en la Declaración de Alma Ata, en la ciudad de Ginebra, Suiza (1978), define la Atención Primaria de Salud (APS) como "la asistencia sanitaria esencial, accesible, a un costo que el país y la comunidad puedan soportar, realizada con métodos prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables".

Dicha declaración se centra en que todas las poblaciones del mundo deben tener acceso a una APS e involucrarse en ella, a través de la participación comunitaria traducidas en políticas y estrategias que favorezcan la salud pública. De esta manera no solo se debe favorecer el acceso a la salud, sino también incrementar el control sobre la misma con el fin de mejorarla. El proceso por medio del cual la población logra mejorar su salud y tomar el control de la misma es la Promoción de la Salud, (OMS, 1986) Para que ello se lleve a cabo se tienen en cuenta distintos componentes como la equidad, la participación de la comunidad, la intersectorialidad, la adecuación de la tecnología y costes permisibles.

Una de las funciones principales de la APS está orientada a la identificación de factores de riesgo en la comunidad, para luego intervenir a través de estrategias de Promoción de la Salud. La educación para la salud y la participación comunitaria se consideran dos pilares fundamentales para llevar a cabo políticas de APS.

La declaración de ***Yakarta*** establecida en Julio de 1997 sobre la manera de guiar la promoción de la salud hacia el siglo XXI promueve que la participación es esencial para sostener los esfuerzos y que las personas tienen que ser el centro de la acción de la promoción de la salud y de los procesos de toma de decisiones para que éstos sean eficaces. El medio que se establece para lograr este fin es la

alfabetización sanitaria/aprendizaje sanitario, justificando que el acceso a la educación y a la información es esencial para conseguir una participación efectiva.

La Prevención de salud se da en tres niveles:

- Prevención primaria: son medidas orientadas a evitar la aparición de una enfermedad o problema de salud mediante el control de los factores causales y los factores predisponentes o condicionantes. (OMS 1998)
- Prevención secundaria: está destinada al diagnóstico precoz de la enfermedad, a través de controles periódicos de la población, se basa en la detección oportuna de una patología antes de la aparición de la sintomatología, para evitar o retardar la aparición de secuelas.
- Prevención terciaria: se refiere a acciones orientadas a la recuperación una vez instalada la enfermedad, mediante un correcto diagnóstico y tratamiento así como también la rehabilitación física, psicológica y social, en caso de secuelas.

La intervención de TO en relación al temor a caer, va a estar enmarcada en el contexto de prevención y promoción de la salud, donde se podrían realizar acciones orientadas a fomentar conductas tendientes a prevenir las situaciones de dependencia, aislamiento e inactividad de las personas mayores, causadas por el temor a caer. De esta manera se persigue el objetivo de favorecer una mejor calidad de vida de los AM.

La prevención de las caídas es un factor sumamente importante para tener en cuenta a la hora de hablar de temor a caer, ya que al proporcionar herramientas para evitar la caída, la persona se podría sentir más segura al realizar las actividades de la vida diaria, pudiendo ayudar, de este modo, al mejor manejo del temor a caer.

Para Soldavila y Logullo (2013) La promoción de la salud y la prevención de las caídas en los AM gira en torno a varios sentidos, por una parte es fundamental sensibilizar a la población en su conjunto en la necesidad de construir entornos accesibles para todas las edades y de la vulnerabilidad que confiere naturalizar que es típico que a una determinada edad se incremente el riesgo de sufrir una caída. Es importante identificar aquellos factores que puedan generar caídas, a fin de modificar, por un lado, el entorno potencialmente peligroso y por otro lado intervenir preventivamente en aquellas causas del componente biológico y conductual que pudiera ocasionar o perpetuar este tipo de síndrome. Por último, la detección del sujeto que tiene un riesgo aumentado para caer es básica para actuar de forma preventiva o para modificar algunos factores de riesgo que son de fundamental importancia a la hora de referirnos a la población de AM tal como ha sido señalado en su oportunidad por las autoras Colavito y Serano (2002).

Desde el ámbito de la Prevención Primaria serán necesarias acciones para intervenir en la población general e implementar acciones de Educación para la salud y Promoción de hábitos saludables

Desde la prevención secundaria es muy significativo el aporte realizado por las autoras Colavito y Serano (2002) quienes además de presentar una propuesta de intervención, muestran cómo podrían ser identificados tempranamente los potenciales caedores. El diagnóstico precoz, que se realiza en este nivel de atención, es el primer paso de programas de tratamiento preventivos eficaces.

El haber definido un perfil e identificado los niveles de riesgo, permite arribar a conclusiones significativas, principalmente al referirse a los factores de riesgo conductuales; ya que pudo establecerse que cuando estos se presentan en un nivel de riesgo bajo, se disminuye notablemente el riesgo de caer, aun cuando sean altos los niveles de riesgo personales y ambientales. Este dato es relevante para el posterior tratamiento de los caedores o potenciales caedores, porque modificando el modo inadecuado de realizar las actividades pueden evitarse

posibles accidentes. Esto es aún más relevante si en el AM no pueden ser modificados, por sus características particulares, los factores personales ni los factores ambientales a causa las condiciones económicas en las que suelen encontrarse gran número de los AM.

Desde la prevención Terciaria se persigue:

- Disminuir la presencia de caídas y minimizar las dificultades debidas a las consecuencias físicas y psicológicas de las mismas en el A.M
- Consiste en la rehabilitación y reinserción social del A.M con caída PAMI

En 1971 se crea el instituto Nacional de Servicios para Jubilados y Pensionados (INSSJP), denominado por el saber popular "PAMI" cuyas siglas se refieren a un Programa de Atención Medica Integral. Persigue el objetivo de brindar una cobertura médica y social para las AM, se caracteriza por ser un organismo autónomo con una estructura organizativa nacional y publica. Ofrece programas destinados a los adultos mayores, que abarcan tanto la promoción de la salud como los tres niveles de prevención.

1. Programa de detección de población vulnerable: busca elevar la calidad de vida de titulares de PAMI que se encuentran en situación de vulnerabilidad socio sanitaria.

2. Programa de atención progresiva del adulto mayor: contempla; la prevención, club de día, centros de día, atención domiciliaria, subsidios económicos, residencias propias, internación geriátrica y subsidios de contención familiar. Desde octubre de 2012 miembros del Grupo de Investigación *Hábitat y Comunidad para la Tercera Edad* de la Facultad de Arquitectura, Urbanismo y Diseño de UNMdP fueron convocados por el INSSJP para participar en intervenciones interdisciplinares con equipos del Departamento prestaciones sociales, realizando acciones de promoción y prevención con adultos mayores (ciclos de charlas sobre Accesibilidad al medio físico, viviendas adecuadas,

factores de riesgo de caídas) evaluación en domicilio de viviendas y entornos riesgosos y asesoramiento para sus adaptaciones e informes interdisciplinares. Y en julio de 2013 fueron invitados a integrar el Observatorio de Personas Mayores, impulsado por dicha institución. Por lo tanto desde dicho lugar se propiciará el trabajo en conjunto con diversos organismos e instituciones abocados al estudio de la gerontología con el fin de detectar problemas o cuestiones susceptibles de ser estudiadas por lo que se propone articular la acciones con los grupos de investigación que actúan en la UNMdP. Se parte de que el universo de AM con el que PAMI tiene contacto permanente, a través de sus múltiples servicios y actividades, constituye una fuente inestimable de inquietudes y un campo de actores de la máxima vastedad en la región.

3. Programa de promoción y prevención socio comunitaria ''Prevenir para seguir creciendo'': busca lograr la participación e integración del adulto mayor a su medio socio comunitario a través de la implementación de actividades orientadas a la estimulación de capacidades, en un marco social, grupal y comunitario. Dentro de este programa funciona desde el año 2012, un taller de Prevención de caídas del adulto mayor a cargo de dos Lic. en T.O y dos profesores de Educación Física.

PAMI sustenta su enfoque en los siguientes tres ejes: *el envejecimiento activo;* promover las capacidades personales que favorecen el desempeño en la vida cotidiana. *Educación para la Salud:* difusión del conocimiento para el auto cuidado en aspectos biológicos, psicológicos, funcionales y sociales. *Derechos y Ciudadanía:* estimulación de la vida comunitaria y el ejercicio de la ciudadanía.
Consideramos que el abordaje de la problemática del temor a caer puede ser trabajado desde terapia ocupacional y en un marco multidisciplinario desde un contexto de APS y en consonancia con los avances que ya se están logrando desde la prevención de caídas en los talleres de PAMI, incluyendo aquellos AM que tienen temor a caer, aun sin haber sufrido caídas.

A los fines de nuestra investigación, se contará con la población que asiste a algunos de los programas brindados por PAMI, así como también adultos mayores que viven en la ciudad de Mar del Plata que no son titulares de dicha entidad.

Bibliografía

- Álvarez, C.; Sosa, A.; Vacarezza, M. y Vignolo, J. (2011). "Niveles de atención, prevención y atención primaria de salud". *Prensa Medica Latinoamericana.*
- Organización Mundial de la Salud, (1978). Declaración de Alma – ata. Suiza
- Colavito, M. y Serano, M. (2001). *Factores intervinientes en las caídas domiciliarias de los adultos mayores: Una propuesta de intervención secundaria.* Tesis de grado licenciatura en Terapia Ocupacional no publicada. Universidad Nacional de Mar del Plata, Argentina.
- Logullo, M.L.; Pedernera, S. y Soldavila, C. (2005). *La tercera no es la vencida…Hay revancha: Terapia Ocupacional en gestión de un programa social en adultos mayores a partir de sus necesidades.* Tesis de grado licenciatura en Terapia Ocupacional no publicada. Universidad Nacional de Mar del Plata, Argentina.

ASPECTOS METODOLÓGICOS

ASPECTOS METODOLOGICOS:

Tema de investigación:

Autoeficacia en la realización de las actividades cotidianas en adultos mayores de la ciudad de Mar del Plata.

Problema:

¿Cuál es el grado de autoeficacia en la realización de las actividades cotidianas de adultos mayores de la ciudad de Mar del Plata durante el año 2015?

Objetivo general:

1) Determinar el grado de autoeficacia en la realización de las actividades cotidianas de adultos mayores de la ciudad de Mar del Plata.

Objetivos específicos:

2) Comparar el grado de Autoeficacia en la realización de las actividades entre adultos mayores que hayan sufrido una o más caídas durante el último año y aquellos que no.

3) Comparar el grado de autoeficacia en la realización de las actividades cotidianas de los adultos mayores según grupo de edad, adultos mayores -60 a 75 años- y adultos mayores de 76 a 90 años

4) Realizar un análisis por ítems del grado de autoeficacia en la realización de las actividades cotidianas para la muestra total.

5) Indagar la relación entre el temor a caer manifiesto y el grado de Autoeficacia en la realización de las actividades cotidianas.

6) Identificar técnicas y/o adaptaciones que los adultos mayores utilizan para aumentar su autoeficacia en la realización de las actividades cotidianas.

7) Identificar las actividades en las que, los adultos mayores, presentan menos autoeficacia.

Variables de estudio:

- Grado de autoeficacia en la realización de las actividades de la vida cotidianas.

Definición de variables

Definición conceptual

- Es la percepción que el individuo tiene de su propia capacidad en la realización efectiva de las actividades de la vida cotidiana o A.V.D y A.I.V.D

Definición operacional:

Valoración subjetiva que le otorga una persona a su capacidad para realizar las actividades de la vida cotidiana como vestirse y desvestirse, preparar una comida simple, bañarse o ducharse, sentarse en una silla/ incorporarse, acostarse en una cama/levantarse, responder la puerta o el teléfono, recorrer la casa, asomarse dentro de armarios o placares, realizar tareas del hogar livianas, realizar compras simples, usar transporte público, cruzar la calle, tereas de jardinería liviana, colgar la ropa, usar escalones de adelante o atrás de la casa.

El grado de autoeficacia se medirá con una valoración que va desde el uno: Nada preocupado, dos: Poco preocupado, tres: Bastante preocupado, hasta el cuatro: Muy preocupado.

DIMENSIONAMIENTO DE LA VARIABLE

Grado De Autoeficacia En Actividades De La Vida Cotidiana	• Limpiar la casa • Vestirse o desvestirse • Preparar comidas cada día • Bañarse o ducharse • Ir de compras • Sentarse o levantarse de una silla • Subir o bajar escaleras • Caminar por el barrio • Agarrar algo alto por encima de la cabeza o en el suelo • Ir a contestar el teléfono antes de que deje de sonar. • Caminar en una superficie resbaladiza • Visitar a un amigo o familiar • Caminar en un lugar con mucha gente • Caminar en una superficie irregular • Subir y bajar una rampa • Salir a un evento social

Grados de autoeficacia para cada actividad de la vida cotidiana	1.- Nada preocupado
	2.- Poco preocupado
	3.- Bastante preocupado
	4.- Muy preocupado

Enfoque de investigación: cuantitativo-cualitativo

Mediante las técnicas de recolección de datos cuantitativas se responderán a los objetivos 1, 2, 3 y 4. Para tal fin se aplicará como instrumento de recolección de datos la escala FES-I. Para complementar la escala se agregará un breve cuestionario con preguntas cerradas y abiertas, las cuales aportarán características cualitativas al estudio, respondiendo los objetivos 5, 6 y 7.

Tipo de diseño y de estudio:

El diseño de investigación para responder a los objetivos propuestos será no experimental-transversal y el tipo de estudio exploratorio-descriptivo.

Población: adultos mayores de entre 60 y 90 Años de edad de la ciudad de Mar del Plata.

Muestra: la muestra quedará conformada por 120 adultos mayores, de los cuáles:

	60 a 75 años	76 a 90 años
Qué hayan sufrido caídas	30	30
Qué no hayan sufrido caídas	30	30

Unidad de análisis: cada uno de los adultos mayores que conforman la muestra.

Método de selección de la muestra: la muestra será seleccionada de manera no probabilística intencional.

Criterios de selección de la muestra:

Criterios de inclusión:

Se incluirán en este estudio a Adultos mayores de entre 60 y 90 años, residentes de la ciudad de Mar del Plata, dispuestos a participar en forma voluntaria de la investigación, que tengan marcha independiente o con asistencia de ortesis.

Criterios de exclusión:

Quedarán excluidos de este estudio, los Adultos Mayores que no estén dispuestos a participar en forma voluntaria en la investigación, o que evidencien dificultad para comprender o responder las preguntas. Así como también los adultos mayores institucionalizados y aquellos que hayan asistido a algún taller de prevención de caídas.

Técnicas e instrumentos de recolección de datos:

Los mismos se tomaran a través de una entrevista voluntaria y anónima.

1) Un Cuestionario de datos socio-demográficos que recogerá información con respecto a la caracterización de la muestra: edad, género, nivel educativo, grupo de convivencia.

2) La escala FES-I

Este instrumento mide la autoeficacia en la realización en de ciertas actividades de la vida cotidiana, esta escala determina que cuanta mayor sea la autoeficacia menor será el temor a caer. Las actividades se clasifican en una escala de 16 puntos donde cada una se puede calificar con una puntuación entre 1 y 4 siendo la calificación 1 “Nada preocupado\a’’, 2 “Poco preocupado”, 3 “Bastante preocupado”, 4 “Muy preocupado” en la realización de esa actividad. La puntuación total de la FES-I es la suma de las puntuaciones en cada una de las 16 actividades.

3) Entrevista semiestructurada, compuesta por preguntas abiertas y cerradas a los fines de indagar sobre aspectos no abordados a través de la escala, tales como el temor a caer manifiesto y el grado de Autoeficacia en la realización de las actividades cotidianas. Detectar técnicas y/o adaptaciones que los adultos mayores utilizan para aumentar su autoeficacia en la realización de las actividades cotidianas. Identificar las actividades en las que los adultos mayores presentan menos autoeficacia.

PRUEBA PILOTO:

Se realizó una prueba piloto entrevistando a ocho adultos mayores, que cumplían con los criterios de inclusión establecidos. Los cuales no se contabilizaran para la muestra final. Se les aplicó la escala FES- I y el cuestionario semi estructurado con el fin de identificar y eliminar los posibles problemas referidos a los instrumentos de recolección de datos, que pudieran surgir durante la investigación.

La entrevista se realizó en el domicilio de cada participante, su aplicación tuvo una duración aproximada de 20 minutos. Se Observó que algunos adultos mayores en el momento de la aplicación de la escala, referían la utilización de técnicas adaptadas o elementos de ayuda que no eran reconocidos como tales, y gracias a los cuales evitaban la caída y su preocupación de caer. Por eso se decidió tomar, luego de cada ítem de la escala, la pregunta: Usted tiene algún cuidado o precaución cuando realiza esta actividad? Sin embargo se conservará la pregunta: "Tiene alguna técnica o elemento, para realizar las actividades que le dé seguridad ante la posibilidad de sufrir una caída?", ya que los datos obtenidos podrían ser enriquecedores en el posterior análisis de datos.

No se encontraron otras dificultades en la comprensión ni en la aplicación del instrumento.

RESULTADOS

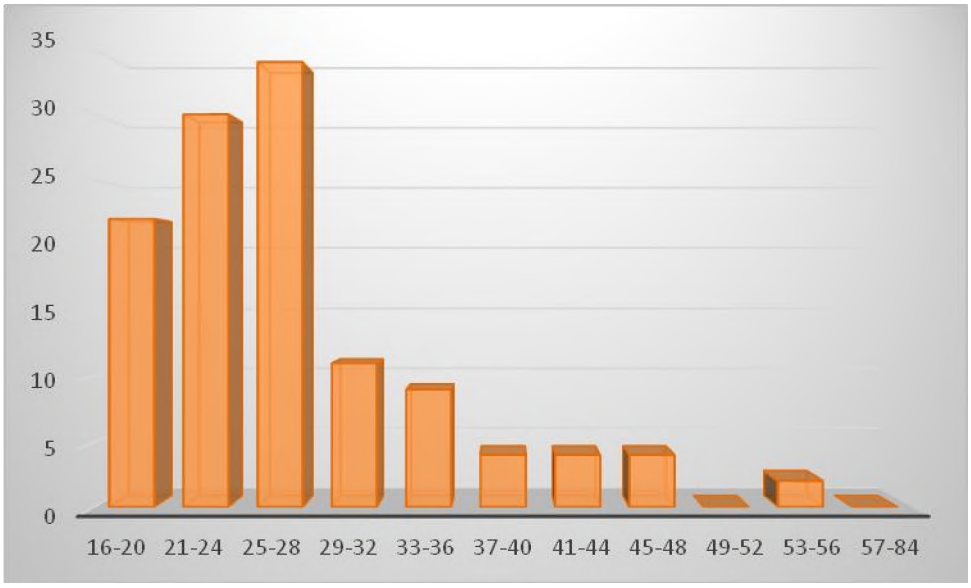
RESULTADOS

Con respecto al objetivo general que proponia **determinar el grado de autoeficacia en la realización de las actividades cotidianas de los adultos mayores de la ciudad de Mar del Plata,** el análisis de los resultados para la muestra total, arroja que el promedio del puntaje obtenido en la escala FES-I es de 27,01 y el desvío estandar es de 8,01.

Teniendo en cuenta que las respuestas dadas por un sujeto en la escala FES-I pueden arrojar una puntuación mínima de 16 y una puntuación máxima de 84 - entendiendo los valores bajos como un mayor grado de autoeficacia y los valores máximos como un menor grado de autoeficacia- el promedio que se obtuvo en este caso indica, para la muestra total, un alto grado de autoeficacia y por lo tanto un bajo temor a caer.

Para una mayor comprensión de estos resultados se han agrupado los puntajes de la escala en intervalos de cuatro puntos. El gráfico Nº 1 que se muestra a continuación corresponde a la distribución de frecuencias de los puntajes totales obtenidos en la escala FES-I para la muestra total.

Grafico Nº 1: Grado de auoeficacia en la escala FES-I para la muestra total.



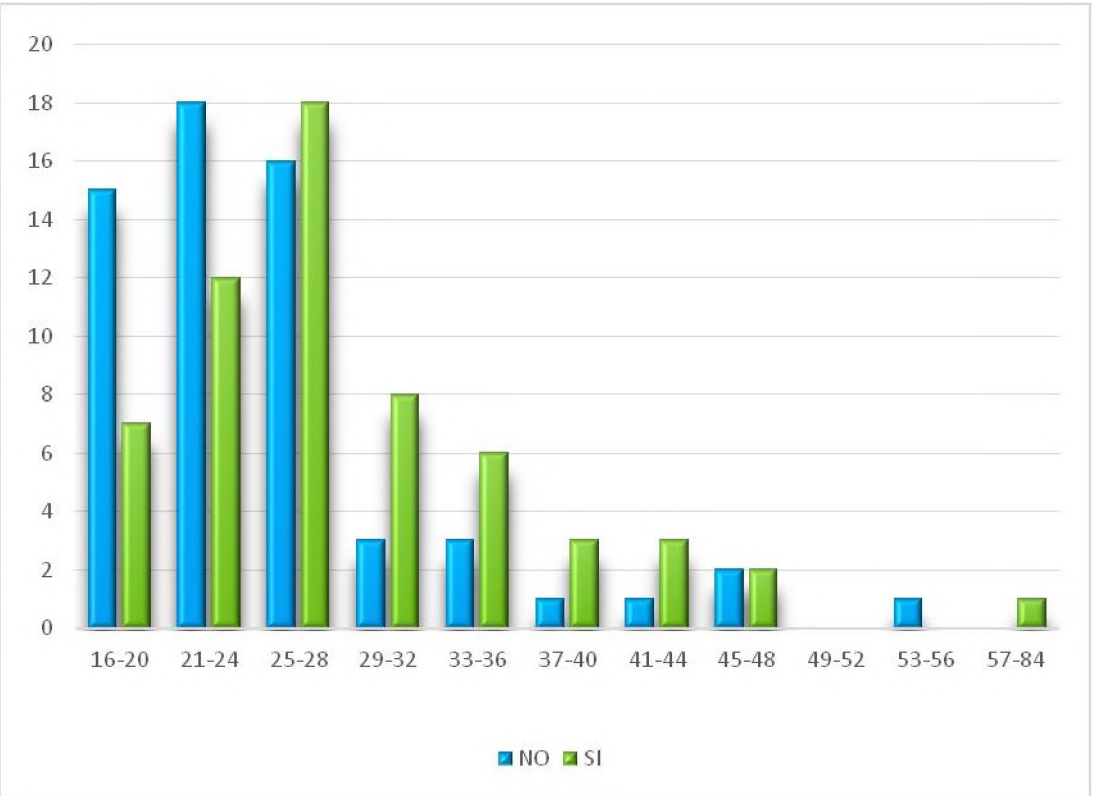
Teniendo en cuenta dichos intervalos la distribucion por cuartiles muestra que el primero de ellos (correspondiente al 25% de la muestra) se encuentra en el intervalo 21 - 24, el segundo (correspondiente al 50% de la muestra) en el intervalo 25- 28, el tercero (correspondiente al 75 % de la muestra) en el intervalo 29-32. Mietras que el 25% restante se distribuyen en los intervalos siguientes, mostrando una concentración de la distribución en los valores bajos de la escala.

Con respecto al objetivo Nro. 2 Que proponía **comparar el grado de autoeficacia en la realización de las actividades entre adultos mayores que hayan sufrido una o más caídas durante el último año y aquellos que no** el análisis de los resultados arroja que los adultos mayores que han sufrido una o más caídas el último año, presentan un menor grado de autoeficacia (mayor temor a caer) que aquellos que no han sufrido caídas (menor temor a caer). Teniendo en cuenta los promedios en la escala FES-I para ambos grupos, las personas que habían sufrido alguna caída obtuvieron un promedio de 28,76 (DS: 8.15), mientras que el

promedio de las personas que no habían sufrido caídas se redujo a 25,26 (DS: 7.53), cabe recordar que puntuaciones más bajas en la escala significan mayor grado de autoeficacia y por lo tanto menor temor a caer. En este caso, las diferencias entre ambos grupos resultaron estadísticamente significativas ($t=2.44$ $p < .01$).

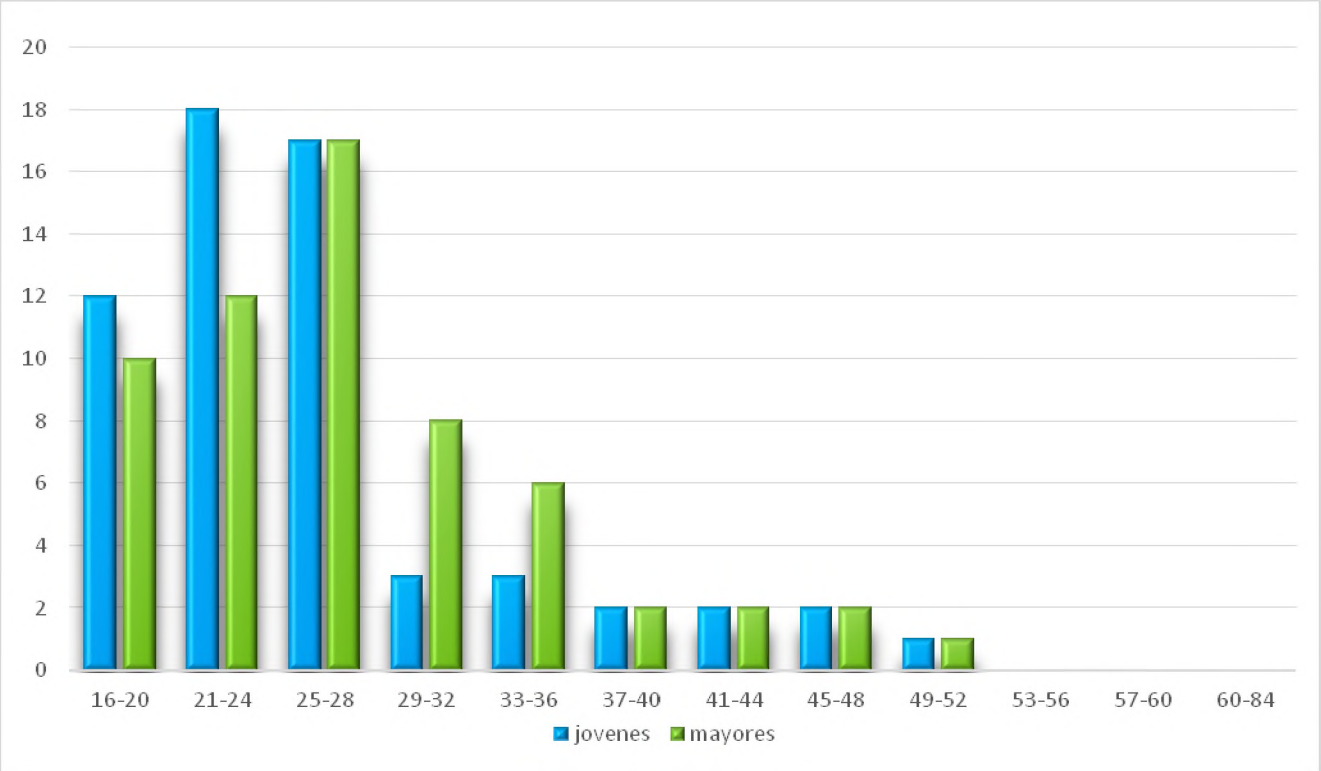
Al igual que en el objetivo anterior los puntajes de la escala FES-I fueron agrupados en intervalos de 4 valores, a fines de una mejor visualización de los resultados. A continuación se muestra el gráfico comparativo de la distribución de frecuencias en la escala FES-I de ambos grupos, aquellos que han sufrido una o más caídas el último año y aquellos que no han sufrido ninguna caída.

Gráfico Nº 2: Comparación del grado de autoeficacia entre adultos mayores que sufrieron caídas y los que no.



Con respecto al objetivo Nro. 3 que proponía **comparar el grado de autoeficacia en la realización de las actividades cotidianas de los adultos mayores según grupo de edad, adultos mayores - 60 a 75 años y adultos mayores de 76 a 90 años** se observó en primer lugar que ambos grupos muestran la misma tendencia que la muestra total observándose una mayor concentración de la distribución en los puntajes bajos de la escala, en segundo lugar se pudo ver que los adultos de 60 a 75 años presentan en promedio, puntajes más bajos en la escala FES-I que los adultos de mayor edad. El grupo de adultos de 60 a 75 años obtuvo un promedio de 26,4 (DS: 8.10) en los puntajes de la escala mientras que el grupo de adultos de 76 a 90 años obtuvo un promedio de 27,6 (DS: 7,94) A pesar de ello estas diferencias en los promedios no resultaron estadísticamente significativas.

Gráfico Nº 3: Comparación del grado de autoeficacia entre adultos mayores de dos grupos de edad de 60-75 años (jóvenes) y 76-90 años (mayores).



Con respecto al objetivo Nro. 4 que proponía **realizar un análisis por ítems del grado de autoeficacia en la realización de las actividades cotidianas para la muestra total,** el análisis de los resultados arroja que en doce de los dieciseis items las respuestas muestran un alto grado de autoeficacia (menor temor a caer). Solamente se han podido identificar 4 item en los cuales las personas indicaron bajo grado de autoeficacia, los mismos serán expuestos al analizar el objetivo Nº 7.

Gráfico Nº 4: Grado de autoeficacia en la actividad “limpiar la casa”

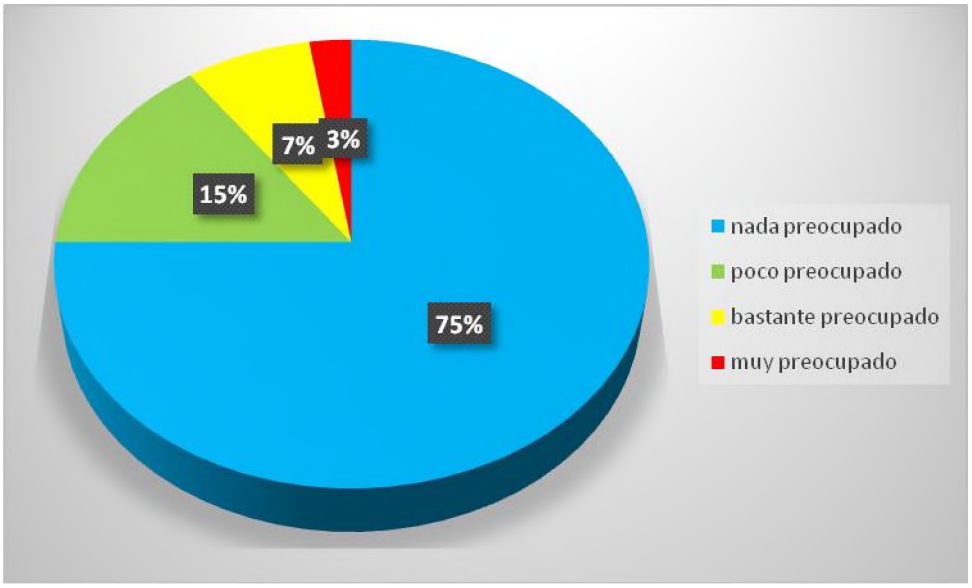


Gráfico Nº 5: Grado de autoeficacia en la actividad “vestirse o desvestirse”

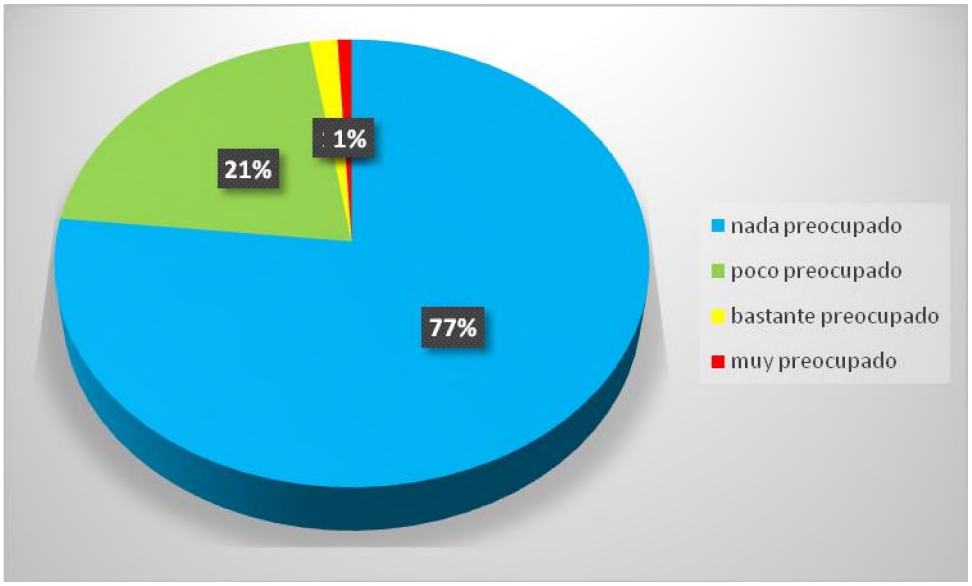


Gráfico Nº 6: Grado de autoeficacia en la actividad “preparar comidas cada dia”

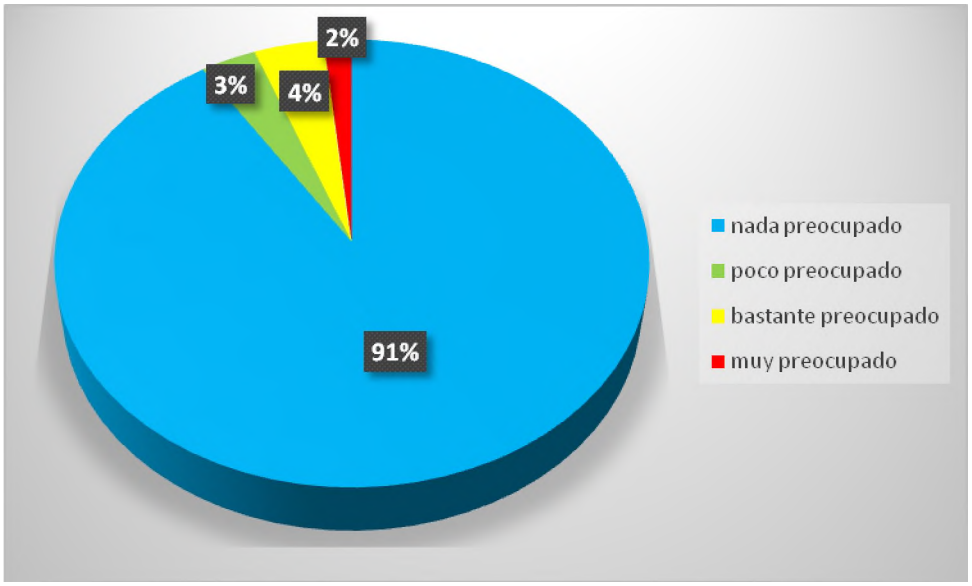


Gráfico Nº 7: Grado de autoeficacia en la actividad “ir de compras”

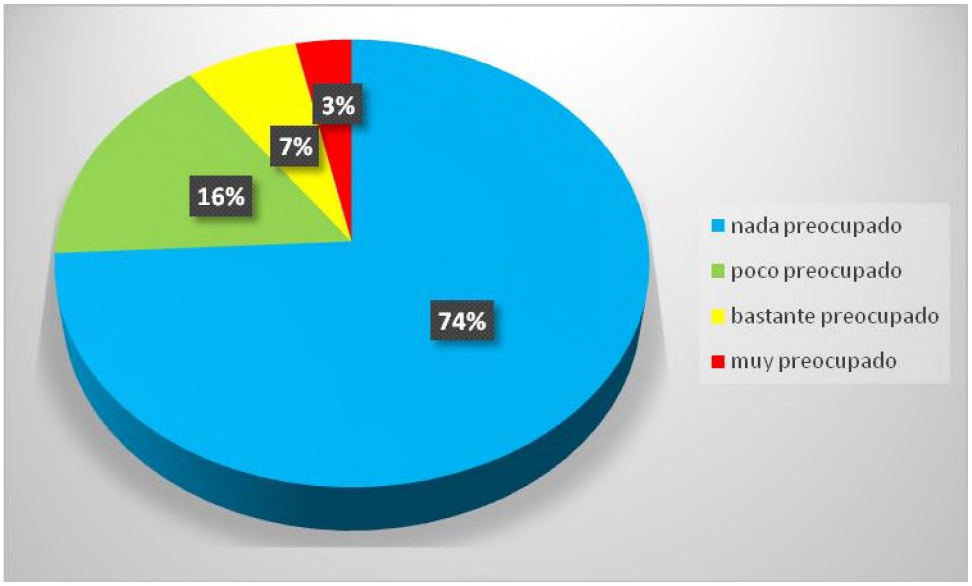


Gráfico Nº 8: Grado de autoeficacia en la actividad “sentarse o levantarse de una silla”

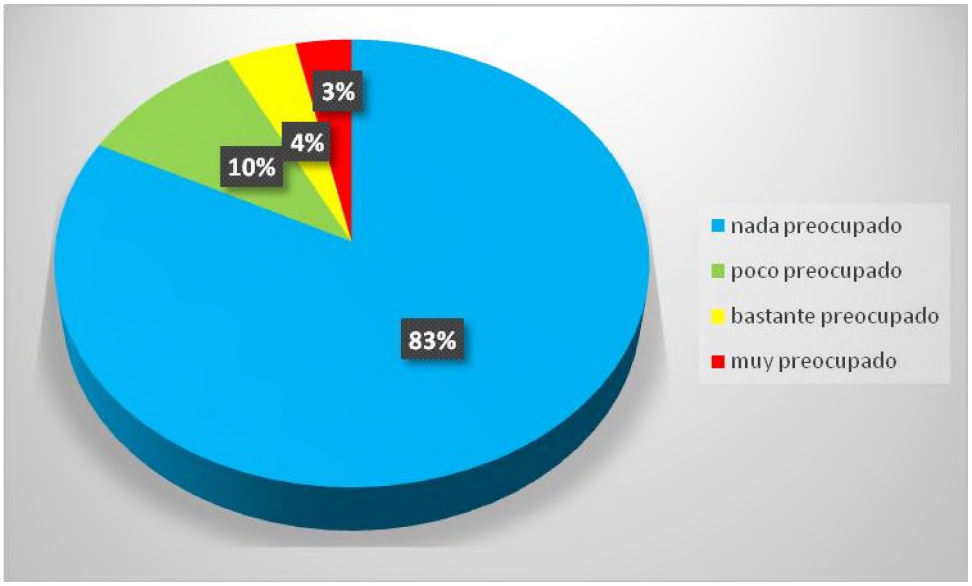


Gráfico Nº 9 : Grado de autoeficacia en la actividad “caminar por el barrio”

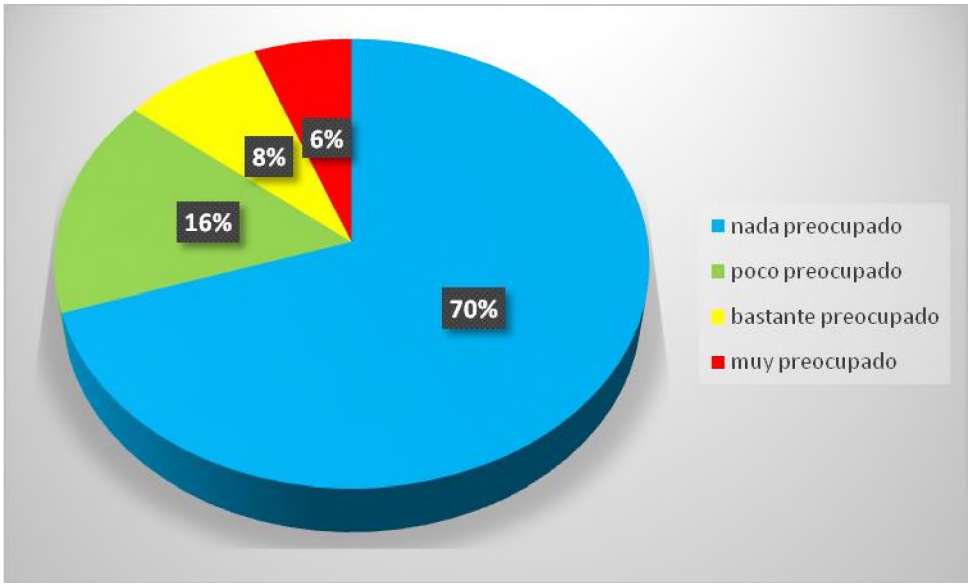


Gráfico Nº 10 : Grado de autoeficacia en la actividad “agarrar algo alto por encima de la cabeza o en el suelo”

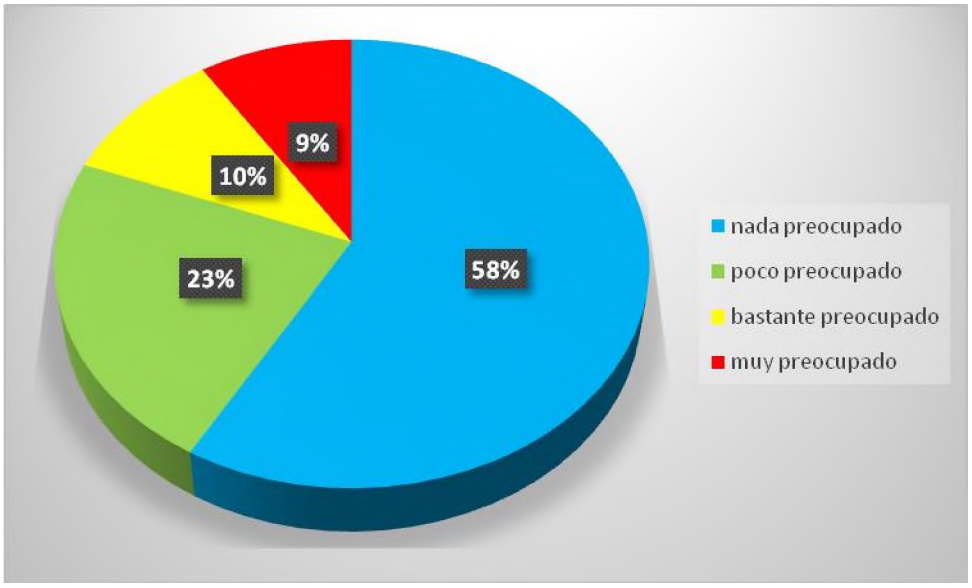


Gráfico Nº 11 : Grado de autoeficacia en la actividad “ir a contestar el telefono antes de que deje de sonar”.

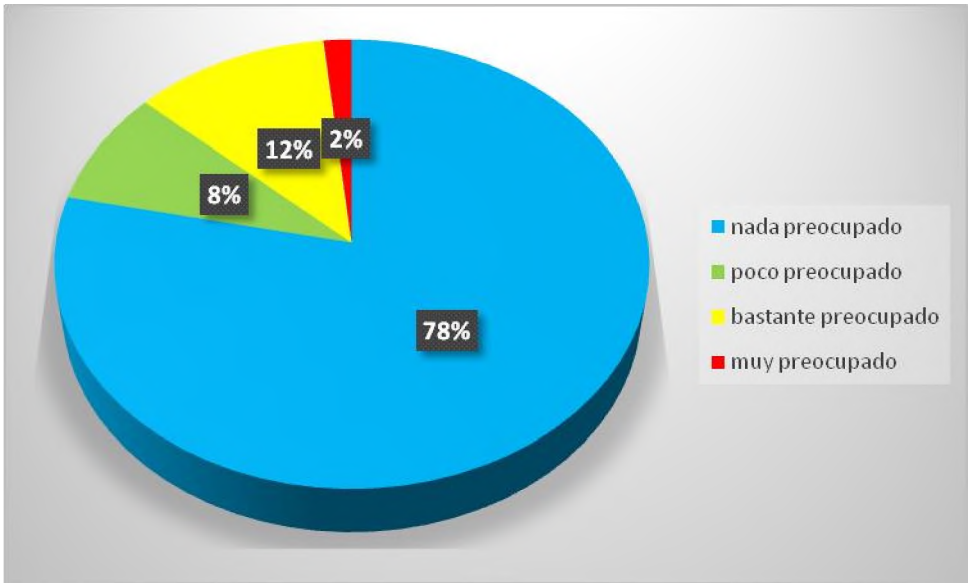


Gráfico Nº 12 : Grado de autoeficacia en la actividad “visitar a un amigo o familiar”.

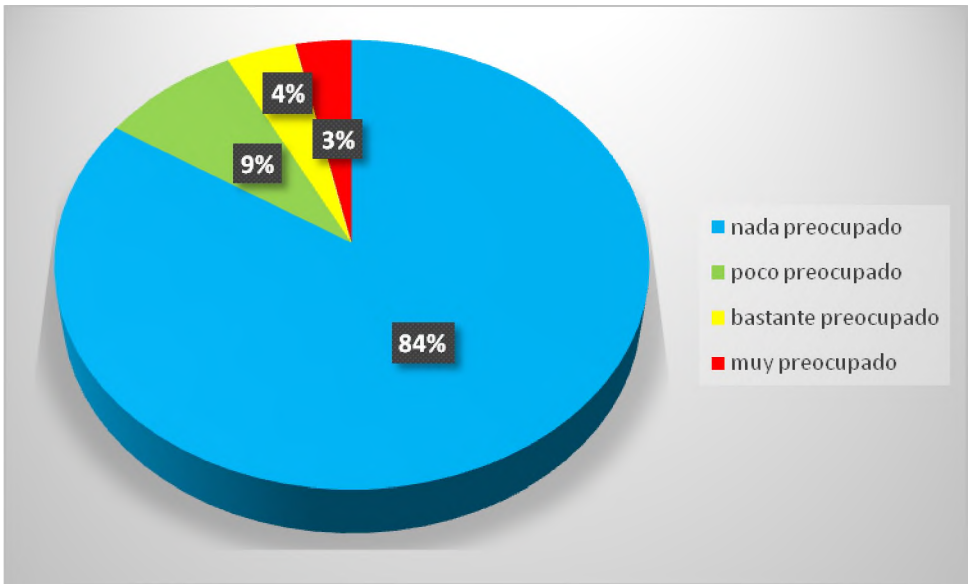


Gráfico Nº 13 : Grado de autoeficacia en la actividad “caminar en un lugar con mucha gente”.

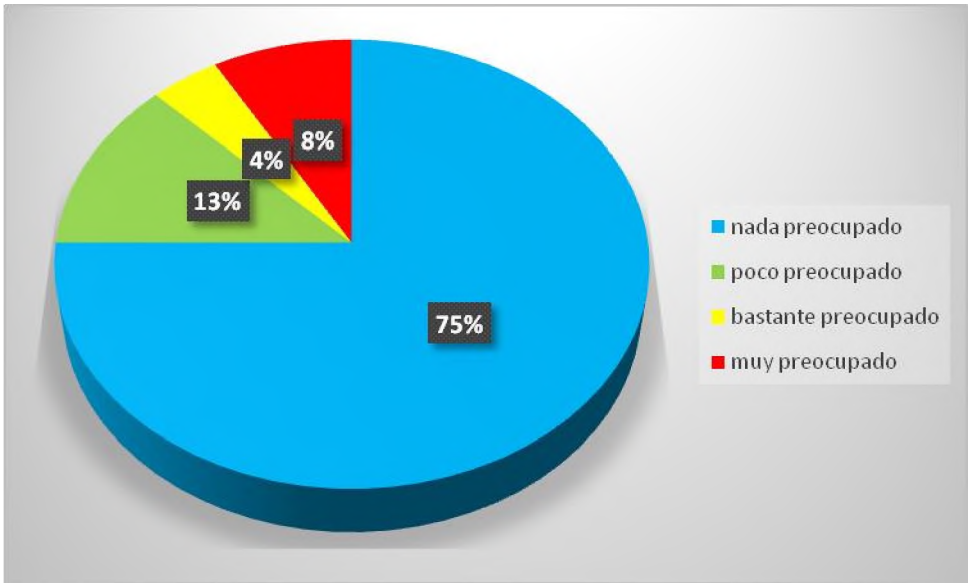


Gráfico Nº 14 : Grado de autoeficacia en la actividad “subir o bajar una rampa”.

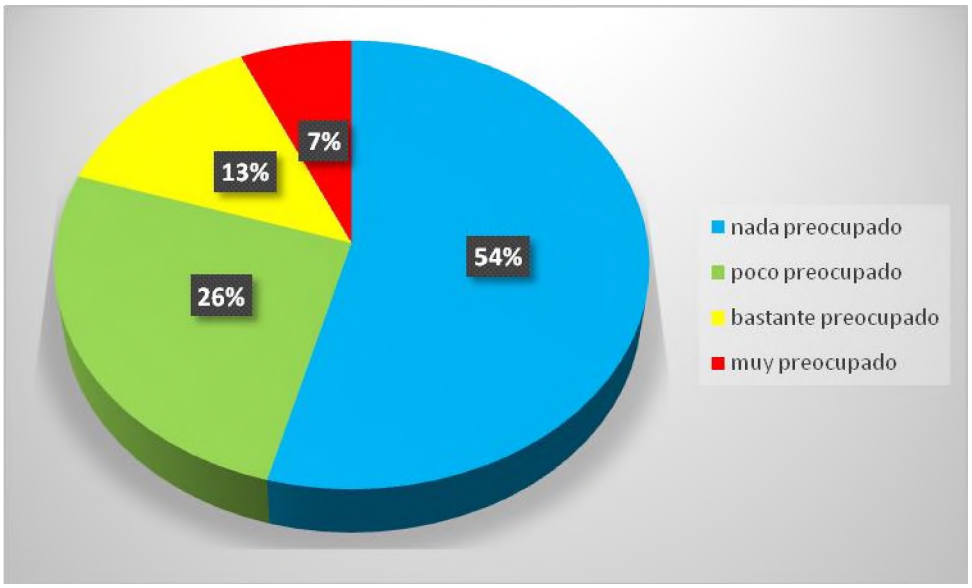
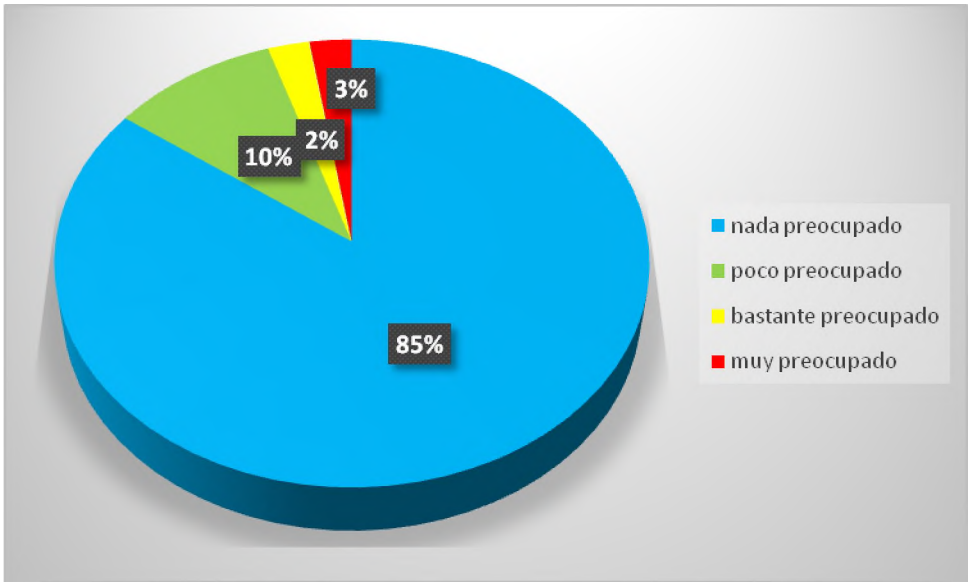


Gráfico Nº 15 : Grado de autoeficacia en la actividad “salir a un evento social”.



Con respecto al objetivo Nro.5, que proponía **indagar la relación entre el temor a caer manifiesto y el grado de autoeficacia en la realización de las actividades cotidianas,** en primer lugar, se observó que el 45 % de las personas entrevistadas refirieron no tener temor a caer, el 36% dijo no tener temor y el 19 % restante refirió tenerlo a veces.

En cuanto a la relación entre dichas variables se observó una diferencia estadísticamente significativa entre ellas, dando por resultado un mayor grado de autoeficacia (puntajes más bajos en la escala FES-I) en el grupo de personas que referían no tener temor a caer, mientras que las personas que referían tener temor obtenían menor grado de autoeficacia (puntajes más altos en la escala). Estos resultados se pueden observar en la tabla a continuación.

Tabla Nº 1: relación entre el temor a caer manifiesto y el grado de autoeficacia.

	Promedios en los puntajes de la escala FES I (autoeficacia)	
Temor a caer manifiesto	M	SD
SI	30,06	8,41
A VECES	29,73	8,09
NO	23,42	6,08
	F: 11,63	

*$p < .01$

Con respecto al objetivo Nro. 6 que proponía **identificar técnicas y/o adaptaciones que los adultos mayores utilizan para aumentar su autoeficacia en la realización de las actividades cotidianas** el análisis de los resultados arroja que el 57% de las personas no utilizan ningún tipo de técnica o adaptación, siendo un 43% las personas que si utilizan.

De las respuestas brindadas por el 43 % de las personas que indicaron utilizar estas técnicas se desprende el uso de 21 técnicas y/o adaptaciones diferentes en este sentido. Asimismo los resultados indicaron que algunas personas utilizan más de una de ellas.

Se presentan a continuación las 21 técnicas y/o adpataciones mencionadas según la frecuencia en que fueron referidas. El porcentaje se calculó en base al total de las respuestas obtenidas (Tabla Nº 2).

Tabla Nº 2: Técnicas y/o adaptaciones utilizadas en la realización de las tareas cotidianas.

	Frec.	%
Se sujeta al realizar algunas actividades (vestirse, usar Barandas al subir/ bajar escaleras y /o rampas, bañarse o ducharse)	251	26,45 %
Presta mayor atención al realizar las actividades (al circular en la via pública, limpiar la casa, etc)	208	21,92 %
No realiza la actividad o la evita (caminar por una superficie resbaladiza, o irregular, utilizar escaleras, ir a contestar el tel,etc)	165	17,39%
Realiza algunas actividades despacio (limpiar la casa, caminar por la via publica, vestirse, etc)	124	13,07%
Usa alfombra antideslizante al bañarse	77	8,11 %
Realiza algunas actividades en compañia (circular en la via pública, bañarse o ducharse)	26	2,74%
Utilización de calzado adecuado (al caminar por una superficie resbaladiza, al limpiar la casa)	20	2,11 %
Llevar el telefono siempre con ellos	17	1,79 %
Adaptar el baño	13	1,37 %
Realizar la actividad sentado (al vestirse, al cocinar, al bañarse, etc.)	11	1,16 %
Evita pisos resbalosos (cera o agua al limpiar la casa o bañarse)	7	0,74 %
Utilizar un objeto de alcance (tomar objetos fuera del area de alcance, limpiar, etc.)	5	0,53 %
Adaptar la dispocisión de las cosas (para tomar objetos que esten fu alcance, para desplazarse con comodidad)	4	0,42 %
Utilizar escaleras (para alcanzar objetos altos)	4	0,42 %
Evita limpiar en altura	4	0,42 %
Evita presencia de alfombras en la casa, al costado de la cama.	4	0,42 %
Usa baston	3	0,32 %
Evita veredas rotas cuando realiza actividades en la vía pública	2	0,21 %
Utiliza silla en el baño (al bañarse para sujetarse o sentarse)	2	0,21 %
Lleva las manos libres (al caminar)	1	0,10 %
Utiliza duchador en el baño	1	0,10 %

* La suma total de respuestas supera al de las personas entrevistadas ya que las personas podían indicar más de una adaptación o técnica en sus respuestas.

Con respecto al objetivo Nro. 7 que proponía **Identificar las actividades en las que, los adultos mayores, presentan menor autoeficacia.** Los resultados arrojan que en las actividades de bañarse o ducharse, subir o bajar escaleras, caminar en una superficie irregular y caminar en una superficie resbaladiza o mojada son los ítems en los cuales las personas muestran menor grado de autoeficacia. Dado el contenido de dichos ítems, se podía prever los resultados obtenidos. Este aspecto será retomado luego, en el apartado de discusión.

A continuación se muestran los 4 gráficos correspondientes a aquellas actividades en las que se obtuvo como resultado mayor preocupación de sufrir una caída (Gráficos Nº 16, Nº 17, Nº 18 y Nº 19).

Gráfico Nº 16 : Grado de autoeficacia en la actividad “bañarse o ducharse”

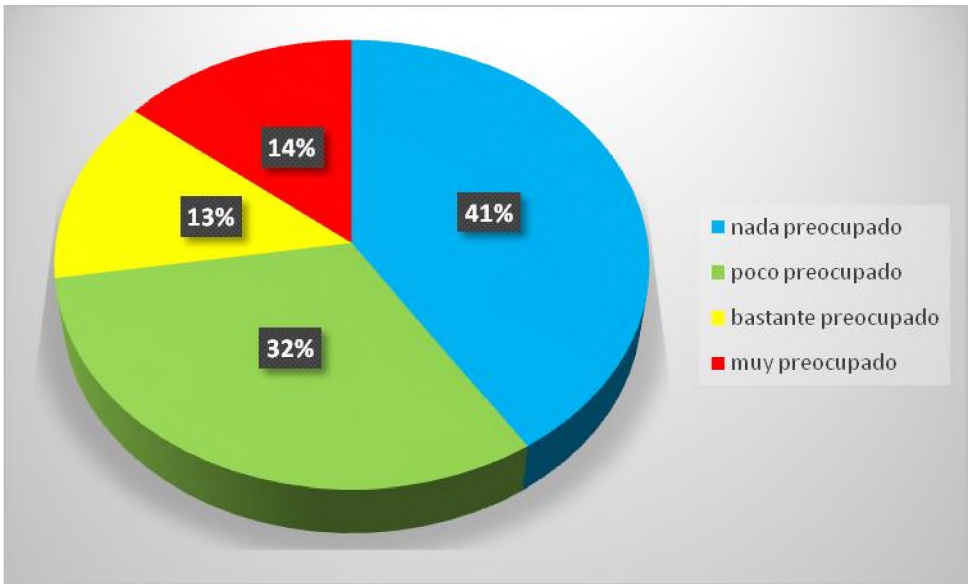


Gráfico Nº 17 : Grado de autoeficacia en la actividad “subir o bajar escaleras”

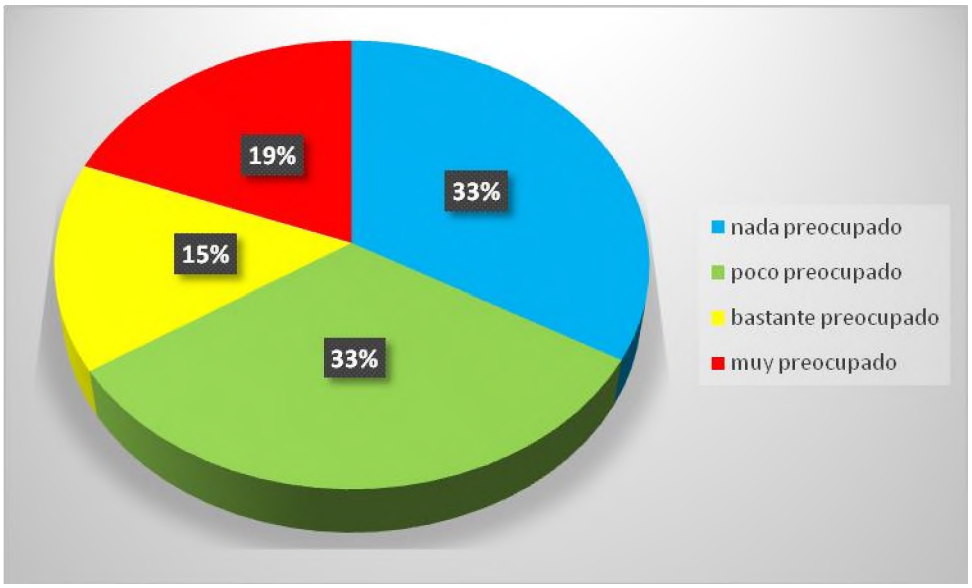


Gráfico Nº 18 : Grado de autoeficacia en la actividad “caminar en una superficie resbaladiza”

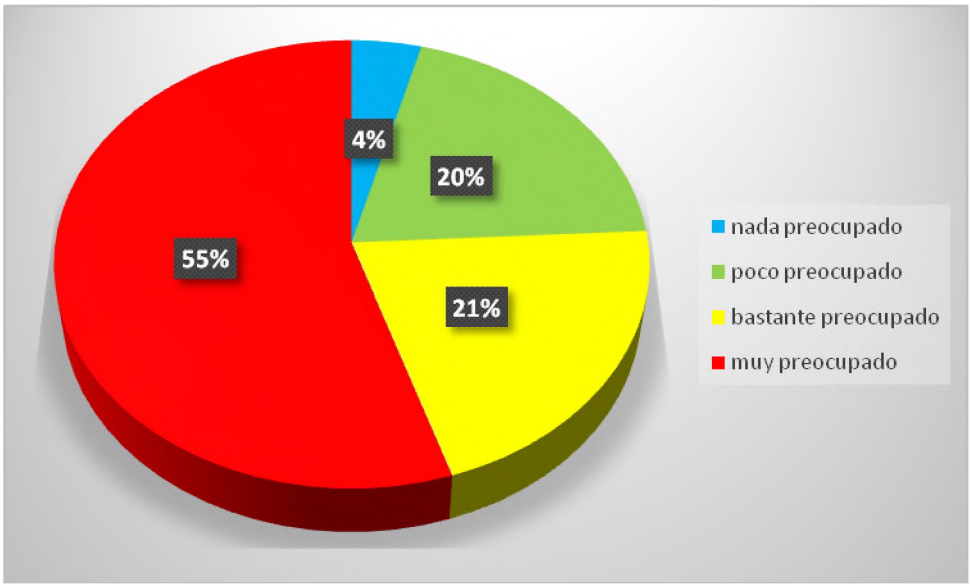
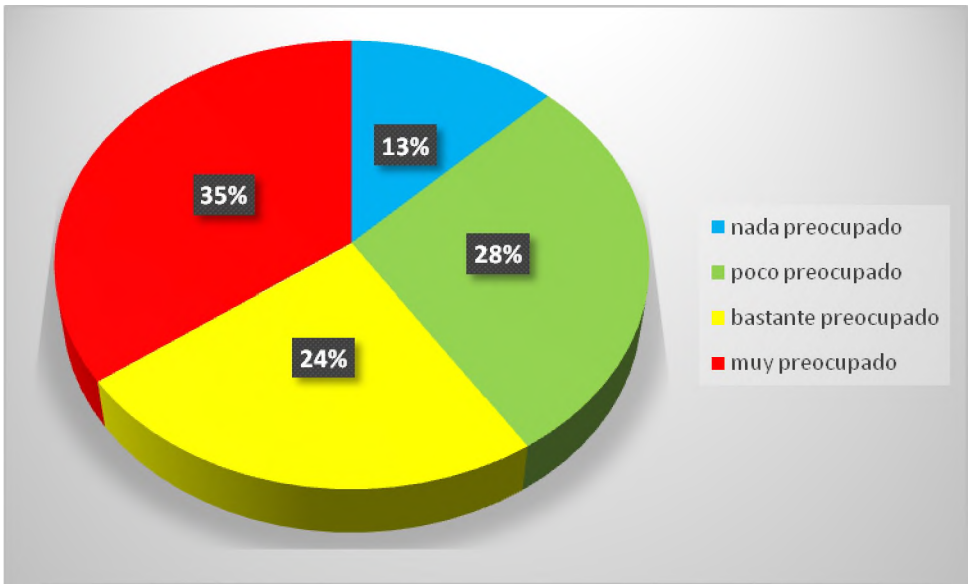
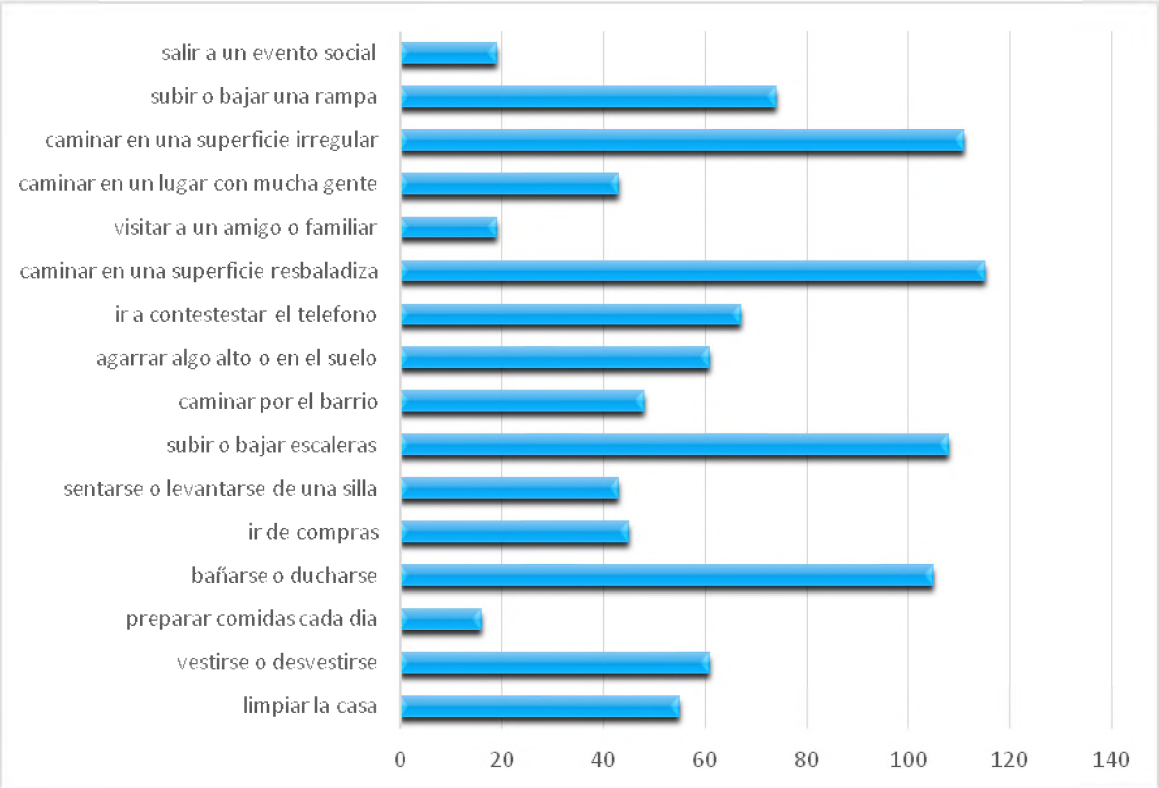


Gráfico Nº 19 : Grado de autoeficacia en la actividad "caminar en una superficie irregular"



En base a los datos obtenidos nos interesó agregar un nuevo objetivo: **Identificar en que actividades de la vida cotidiana los adultos mayores utilizan más técnicas y / o adaptaciones**. Los resultados arrojan que las actividades en las que los adultos mayores utilizan más frecuentemente técnicas y /o adaptaciones son bañarse o ducharse, subir o bajar escaleras, caminar en una superficie irregular y caminar en una superficie resbaladiza o mojada. Las mismas coinciden con aquellas actividades en las que presentan menor grado de autoeficacia. (Gráfico Nº 20)

Gráfico Nº 20: Utilización de Técnicas y / o adaptaciones en la realización de cada una de las actividades de la vida cotidiana.



DISCUSION

DISCUSION

El temor a caer representa un grave problema tanto para quien lo padece como para sus familias y los servicios de salud. En la actualidad los diferentes grupos de expertos se encuentran con la dificultad para definirlo y medirlo, por lo que en la bibliografía encontramos diferentes conceptos y herramientas. Adherimos al postulado teórico que utilizo Tinneti (1990), el cual relaciona el temor a caer con la autoeficacia. Consideramos este lineamiento el más adecuado dado la importancia que tiene la autoeficacia en relación a las AVD/AIVD, y que dicho termino es un constructo que incluye características psicológicas, funcionales y una dimensión social, por lo que permite abordar la problemática desde un marco teórico amplio, considerando diversos aspectos de la cotidianidad del AM

Con el fin de analizar e interpretar los datos que se han obtenido como resultado de la aplicación de la escala FES-I, y un cuestionario semiestructurado, se seguirá el orden de los objetivos de la investigación.

Con respecto al grado de autoeficacia en la realización de las actividades cotidianas, los resultados obtenidos indican que el 75% de las personas obtuvieron un valor menor de 32 revelando que una gran parte de la población entrevistada presenta un alto grado de autoeficacia. Encontrándose este dato de vital importancia dada su relación con el bajo temor a caer que se ha detectado en la mayor parte de la muestra total.

Esto nos llevó a preguntarnos cuales podrían ser las hipótesis a considerar para tan elevado porcentaje de personas con un alto grado de autoeficacia, que si bien puede ser tema para futuras investigaciones nos interesa comenzar a plantear. La población que conforma la muestra del presente estudio fue seleccionada de 8 centros de jubilados y pensionados (CJYP) de diferentes zonas de la ciudad de Mar del Plata, a pesar de la diversidad territorial todos comparten su pertenencia al Programa de promoción y prevención socio comunitaria ''Prevenir para seguir creciendo'' de PAMI UGL XI, cuyo objetivo principal busca lograr la participación e

integración del AM a su medio social a través de la implementación de actividades orientadas a la estimulación de capacidades, en un marco social, grupal y comunitario. Enmarcado en la noción de envejecimiento activo, expresa su institucionalización en el orden discursivo del poder (representado por los Estados y las organizaciones de mayores) y del saber (representado por los científicos y académicos). Es decir que los AM activos entrevistados, en su mayoría presentan un alto grado de independencia en las actividades cotidianas, ejercen su autonomía y presentan una clara participación social, los cuales concurren a los CJyP donde se realizan actividades de prevención primaria, que instituye un nuevo discurso sobre el envejecimiento que impacta no sólo a nivel trans e intersubjetivo sino también individual. Esta mirada positiva del proceso de envejecimiento puede asociarse al concepto de autoeficacia. Bandura (1987) refiere que para afrontar la cotidianeidad las personas pueden contar con "recursos reales" pero es indispensable que cuenten con suficiente confianza para llevarla a cabo y poder resolverla. Por lo tanto consideramos que problematizar, incluir e incorporar estas dimensiones a la hora del ejercicio profesional es sumamente necesarios. Concientizar que la discursividad reordena los modos socio-culturales de nombrar, decir, pensar y edificar la vejez como proyecto social y como destino personal tiene un peso muy significativo en la construcción de la identidad.

Tal como lo plantea la teoría del ciclo vital, los AM pueden poner a su disposición recursos que les son propios, para adaptarse a los cambios que suceden en esta etapa, es así que se realizan ajustes biográficos que en muchos casos no son conscientes ni bruscos, sino que devienen en la medida que se necesitan para mantener la mayor independencia del sujeto. Esta adaptación al cambio pone en evidencia los numerosos recursos con que cuentan los AM para poder hacer dichos ajustes y desenvolverse independientemente en su vida cotidiana.

Sin embargo en los albores del siglo XXI, queda mucho camino por recorrer, los nuevos paradigmas instituyentes, que promulgan una nueva mirada de la vejez, no

han implicado el establecimiento de un canon unívoco. Las tensiones con lo instituido, las contradicciones y conflictos de los nuevos paradigmas en pugna, la influencia de los medios de comunicación y las representaciones sociales negativas sobre la vejez y el envejecimiento son aspectos a tener en cuenta a la hora de pensar las intervenciones.

En relación a la comparación del grado de autoeficacia entre las personas que han caído y aquellas que no, los resultados muestran que aquellas personas que han caído, presentan mayor temor a caer. Tal como menciona Bandura (1987) las experiencias previas influyen en la autoeficacia a partir de conseguir o no los logros deseados, es decir, las experiencias gratificantes que dejan un logro como saldo, serán reforzadoras de esas conductas, otorgando mayor confianza en sí mismos, mayor autoeficacia al realizarlas, en cambio, las experiencias frustrantes, dolorosas y negativas serán auto limitantes del sujeto disminuyendo la confianza personal para realizar dichas actividades.

Desde un marco teórico tradicional, el temor a caer está relacionado con las caídas previas, Paloma Olmos Zapata (2012) en su tesis doctoral postula que haber sufrido una caída previa es un factor sumamente importante a tener en cuenta a la hora de hablar de temor a caer. Aunque también podemos pensarlo desde otros posicionamientos como el que incorpora Carmen Curcio (2012), quien plantea que a partir de la década del 90, se ha comenzado a considerar el temor a caer independiente de la experiencia previa de caída, del riesgo de caída y de las experiencias de otros, por lo tanto se considera que el temor a caer es tanto causa como consecuencia de las caídas. Sin embargo predomina una interpretación negativa del temor a caer, es considerado un factor de riesgo de futuras caídas o interviniente en la autolimitación del desempeño funcional de las personas mayores. Curcio (2012) plantea que las *consecuencias negativas* del temor interfieren con la ejecución de las actividades, reduce la interacción social llevando a la inactividad, disminución de la capacidad física y la calidad de vida.

Dicho aspecto se indagó con la siguiente pregunta ¿Debido al temor a caer dejo de realizar alguna actividad? y en algunas de las respuestas obtenidas los AM refirieron no salir mucho de su casa, caminar menos o dejar de hacerlo, dejar de hacer actividades recreativas o deportivas como yoga o jugar al tejo, como también la necesidad de compañía para salir de su hogar.

Las referencias antes mencionadas podrían entenderse como las consecuencias negativas del temor a caer de las que habla Curcio (2012). Los AM dejan de hacer actividades, limitan sus interacciones sociales y el desempeño funcional frente a actividades que de por si no significan un riesgo de sufrir una caída. Las intervenciones en estos casos deben estar enfocadas a favorecer el entorno y la accesibilidad y brindar las estrategias necesarias para que la persona pueda elevar su grado de autoeficacia y así brindar mayor seguridad ante estas actividades no riesgosas. Se plantea aquí la posibilidad de adaptación, de hacer ajustes en lo cotidiano para aumentar la autoeficacia en las AVD/AIVD, hecho que impacta directamente en la calidad de vida de la persona.

Sin embargo esta autora a la que consideramos vanguardista en este campo ya que interroga y problematiza, aporta las *consecuencias positivas* del temor a caer, que si bien existe cuando hay un riesgo real de sufrir una caída, permite desarrollar estrategias a modo de prevención. Las cuatro palabras en que se resumen estas consecuencias son: protección, precaución, prudencia y prevención.

En nuestra investigación hemos encontrado este tipo de consecuencias positivas, algunas de las personas refirieron realizar casi todas las actividades de manera más lenta, prestar mayor atención, procurar caminar con las manos fuera de los bolsillos, evitar aquellas actividades que consideran más riesgosas (caminar en una superficie irregular o resbaladiza, bañarse, subir o bajar escaleras), como también utilizar calzado adecuado según la actividad que se realice, evitar algunas superficies ya sean mojadas o en mal estado, entre otras.

En estos casos se puede entender que frente a una actividad que representa un riesgo real de sufrir una caída, los sujetos deciden evitarla o tomar precauciones para prevenir la caída. Comprendemos aquí que es corta la distancia entre la autoeficacia de la persona y la noción que se tiene sobre las propias capacidades, lo que favorece a la mejora de los factores de riesgo conductuales de los que habla Yeannes (2006).

En relación a la comparación por edad se observa que el grupo de mayor edad presenta mayor temor a caer, aunque esta diferencia no fue estadísticamente significativa, se puede atribuir a la tipología de la muestra (personas con un alto grado de actividad e interacción social).

Al pensar este objetivo presuponíamos que así como ocurre con las caídas, los AM con más edad tendrían mayor temor, pero los resultados obtenidos nos llevaron a preguntarnos el por qué no se encontró diferencia significativa entre ambos grupos.

Si bien existen tantas formas de envejecer como personas envejezcan, la población seleccionada para el presente estudio tienen algunas características en común, que estarían incluidos en los postulados de la vejez activa y envejecimiento exitoso, tales como un grado elevado de participación social ya que todos concurren a diversos CJYP, conservan su independencia ya que todos realizan la mayor parte de sus actividades cotidianas de manera independiente. Podemos inferir que gracias a todos los mecanismos de adaptación que se ponen en juego. Villar (2012) habla de estrategias para disminuir la amenaza de perdida, un modelo propuesto es el SOC, selección (centrarse en las habilidades o dominios que aportan mayor satisfacción o son más relevantes), optimización (de las actuaciones en esos dominios) y compensación (de las posibles pérdidas a través de otras no afectadas), que plantea que las personas van modificando su cotidianidad desde los hábitos y el ambiente(modificaciones en el hogar principalmente) de manera paulatina y en la medida que van siendo necesarios,

de modo que si a medida que va aumentando la edad, el sujeto va haciendo los ajustes necesarios, es comprensible que a mayor edad no exista mayor temor, el AM se va adaptando y superando, se va involucrando en aquellas actividades que les son gratificantes y que no representan un riesgo, es así que podemos entender que las personas conserven un alto nivel de autoeficacia y una mejor calidad de vida.

Por otra parte este dato puede relacionarse con los hallazgos de la ENCAVIAM (2012), que plantea que las caídas son un problema frecuente en las edades extremas de la vida. El mayor porcentaje de caídas ocurre en el grupo de edad más avanzada. Un 40% de las personas de 75 años y más ha sufrido al menos una caída en los últimos dos años. Y enfatiza que la magnitud del riesgo en esta población se debe, al menos en parte, a los trastornos físicos, sensoriales y cognitivos relacionados con el envejecimiento, así como a la falta de adaptación del entorno a las necesidades de las personas de edad avanzada. Se considera que dicha conclusión se refiere a la tipología de vejez frágil, que no fue incluida en el presente estudio, si en los trabajos de Colavito y Serano (2001) quienes hicieron grandes aportes al respecto, al desarrollar el perfil del AM caedor, lo que posibilita la detección temprana de una población frágil que presenta mayores riesgos de sufrir caída, posibilitando un abordaje o derivación temprana a los centros correspondientes. Si retomamos las ideas de Cursio (2012) podemos suponer que esta tipología de población frágil podría presentar mayor temor a caer, dado que presentan comorbilidades, por lo que se abre un nuevo planteamiento que no fue abordado por nosotras pero que consideramos sumamente interesante e importante para indagar en futuras investigaciones.

En el análisis por ítem de la escala, del grado de autoeficacia en la realización de las actividades cotidianas, se observó que de los 16 ítem de la escala, cuatro fueron los que mostraron una marcada diferencia expresando que los AM presentan menor autoeficacia en cuatro actividades en particular a saber, bañarse o ducharse, subir o bajar escalera, caminar por una superficie irregular y caminar

por una superficie resbaladiza, este dato resulta de gran interés a nuestra investigación dado que dichas actividades en realidad presentan un riesgo muy definido de sufrir una caída, por lo que hemos considerado que esta disminución de la autoeficacia en estas cuatro actividades en particular, funciona de manera protectiva, resultando una consecuencia positiva para los AM. Por lo tanto, el temor a caer que aparece frente a estos ítems promueve el autocuidado, poniendo en marcha otras estrategias, técnica o adaptaciones para suplir estas actividades.

En relación a estos datos, encontramos que las autoras Cazzaza y Nava (1999) abordaron una población de AM caedores derivados al SMP del HPC de la ciudad de Mar del Plata, pudiendo determinar la prevalencia de tres factores de riesgo extrínsecos de provocar caídas tales como presencia de agua en el piso, calzado inadecuado y desniveles, concluyendo que más de la mitad de las caídas ocurrieron en el baño, el patio y el dormitorio. Los resultados obtenidos por las autoras se relacionan íntimamente con los hallazgos del presente estudio ya que el 59%de los AM entrevistadas refirieron tener algún grado de preocupación de caerse en el baño, el 72% mostró algún grado de preocupación al caminar en una superficie irregular, y el 77% frente a la actividad de subir o bajar escaleras. Estas actividades representan sin dudas un alto riesgo de sufrir caídas y pueden ser una causa de restricción y dependencia, el rol del TO está dirigido a la educación para le prevención, lo que puede brindar herramientas para un desempeño funcional independiente y más seguro y también está orientado a realizar las adaptaciones correspondientes en el hogar para disminuir el riesgo ambiental.

Yeannes (2006), enfatiza en su estudio, la importancia de avisorar que los factores de riesgo se presentan de manera diferente según el entorno, en el doméstico los factores de riesgo conductuales representan el 44% de la población analizada y los factores ambientales superan el 60% en la vía pública. Al analizar estos datos entendemos la importancia de un abordaje interdisciplinario que se aboque a la educación y concientización del riesgo que suponen muchos hábitos y modos de desenvolverse en las actividades cotidianas aunque también las

características ambientales representan un reto en materia de políticas públicas e inclusión. Un ambiente limitante no solo determina un riesgo de sufrir caída sino que supone un factor determinante en la problemática de inactividad por temor a caer. En nuestra investigación hemos detectado que muchas personas prefieren no realizar actividades fuera del hogar como hacer compras o visitas sociales por la preocupación de sufrir una caída a causa de veredas rotas o desniveles, entre otros. Roumec (2007), menciona que el mismo entorno puede generar diferentes demandas para distintas personas de acuerdo a sus capacidades funcionales. Cuando las demandas del entorno exceden las capacidades de las personas se esperan conductas desadaptadas y efectos negativos en tales como caídas o tropiezos. Esto nos invita a reflexionar sobre la situación actual en la ciudad de Mar del Plata, si el ambiente es propicio, inclusivo y facilitador para los AM, se disminuirían los riesgos de caídas y temor a caer, y por lo tanto mejorar la calidad de vida del sujeto evitando aislamiento e inactividad. Este aspecto limitante es incumbencia de las políticas públicas y de desarrollo urbanístico de la ciudad, donde el TO se puede desempeñar como parte de una intervención interdisciplinaria aportando sus conocimientos en relación a las necesidades de la población más vulnerable.

Al indagar sobre la relación entre el temor a caer manifiesto y el grado de autoeficacia en la realización de las actividades cotidianas, se pudo observar que el puntaje promedio de la escala FES-I para las personas que refirieron no tener temor fue de 23,42 (alto grado de autoeficacia),para las personas que refirieron tener temor a caer a veces, fue de 29,73 , y para las personas que refirieron tener temor fue de 30,06. Esto muestra que si bien todos los grupos obtuvieron un alto grado de autoeficacia (bajo puntaje en la escala), existe una diferencia estadísticamente significativa entre los que refirieron tener temor y los que no. Estos datos nos muestran que es concordante la percepción de temor a caer con el nivel de autoeficacia real obtenido a través de la escala FES-I. Los datos arribados nos permiten sustentar el análisis desde un paradigma de la

funcionalidad, propuesto por Tinetti y cols. (1990) quienes plantean otra visión diferente a la tradicional que lo asocia con la presencia de caídas y relacionan el temor a caer con el grado de confianza percibida por las personas en el desempeño cotidiano. Si bien en esta investigación los datos obtenidos revelan que las personas que manifestaron tener temor a caer mostraron menor autoeficacia y aquellas que refirieron no tenerlo mostraron mayor autoeficacia, había cierta homogeneidad en la población enmarcada en los constructos de la vejez activa, sin embargo no podemos dejar de plantear que resulta sumamente interesante pensar en que ocurriría al aplicar esta escala a una población de AM frágiles, dadas las características de un bajo nivel de actividad e interacción social.

Bandura (1987) postula que la percepción de autoeficacia se va modificando con el tiempo, por lo que el AM debe ir haciendo reevaluaciones basándose, generalmente, en estereotipos socioculturales, por lo que podemos comprender la importancia del modo de percibir y entender esta etapa de la vida en cada cultura y su influencia en el modo en que se envejece. La percepción de la autoeficacia puede influenciar la conducta de la persona debido a diferentes factores como cambios fisiológicos, físicos, como el lugar social que se pasa a ocupar, que le devuelven al AM una percepción negativa de sus propias capacidades. Plantear la importancia de los paradigmas vigentes que promueven estereotipos negativos de la vejez parece redundante, pero a lo largo de esta investigación hemos podido observar la importancia del modo en que la sociedad percibe la vejez y el lugar que ocupan Los AM en ella, y su influencia directa en la calidad de vida de las personas. La posibilidad de concebir el envejecimiento desde una visión más positiva y saludable, podría favorecer a la percepción de las propias capacidades, abriendo la posibilidad de nuevas expectativas, y no de manera limitante para la persona.

En el análisis de los resultados se han detectado distintas técnicas y adaptaciones que los AM utilizan para aumentar su autoeficacia y así disminuir el riesgo de caídas. Como lo plantea la teoría del ciclo vital, se entienden los cambios en la

realización de las actividades como modos de adaptarse para mantener la independencia según las necesidades propias. Esto se puede observar en el hecho de que el 43% de las personas utilizan algún tipo de técnica/adaptación para realizar aquellas actividades que son percibidas como riesgosas o que les generan algún grado de preocupación de sufrir una caída. Se pudo detectar que los AM sienten más preocupación para salir de la casa o desenvolverse en la vía pública, principalmente por las veredas y calles en mal estado (algunas personas evitan salir solas de la casa), otro ámbito en el que se han encontrado el uso de diversas adaptaciones y técnicas es en el baño, dado que este representa el lugar más riesgoso de sufrir una caída dentro del hogar, por último se han encontrado que la mayoría de las personas prefieren evitar el uso de escalera o su utilización únicamente si hay una baranda para sostenerse. De esta manera encontramos el uso de adaptaciones o técnicas de suma importancia para mantener la autoeficacia del individuo y lo consideramos vital a la hora de disminuir el riesgo de sufrir una caída y, por lo tanto el temor a la misma.

Los datos obtenidos por Yeannes (2006) plantean que el 47% de las caídas que se dan en el hogar se deben a causas conductuales, por lo que encontramos de importancia que el AM cuente con los recursos necesarios para tomar las precauciones debidas, ya sean adaptaciones en el hogar, técnicas adaptadas para realizar dichas actividades de manera más segura o la utilización de elementos que favorezcan la independencia y la seguridad ante la posibilidad de una caída. En nuestra investigación hemos encontrado que un gran porcentaje de personas toman algún tipo de precaución en aquellas actividades que consideran riesgosas.

Consideramos importantes los factores ambientales ya que el 60% de las caídas en la vía pública se deben a ellos (yannes, 2006), podemos reflexionar acerca de la importancia de las condiciones de la vía pública, y su impacto sobre la calidad de vida de los AM. Tal como los datos obtenidos en esta investigación, a través de la aplicación de la escala FES-I, las actividades de la vida cotidiana que se realizan fuera del hogar, representan una gran preocupación, ya que determinan

un riesgo concreto de sufrir una caída, y el hecho de dejar de realizar estas actividades representa una disminución de las interacciones sociales del sujeto. Es así que encontramos numerosos casos en que las personas prefieren no salir por el estado de las veredas o lo hacen dependiendo de otra persona que los acompañe o lleve. De modo que la independencia y el ámbito social en que se desenvuelve e interacciona el sujeto se ve seriamente afectada.

Aunque es claro que la utilización de alguna técnica o elemento que brinde seguridad ante la posibilidad de caer, es considerado altamente positivo, también hemos podido notar que muchas personas toman precauciones que no son correctas ya que suponen un incremento del riesgo. Algunas personas refirieron tomar precauciones como agarrarse de las canillas, del perchero o el lavatorio al salir de la ducha para tener mayor seguridad o poner una toalla en el piso para no resbalar.

Consideramos que analizando las situaciones arriba mencionadas, no se puede dejar de plantear la necesidad de un abordaje desde TO orientado a la educación. En muchos casos la persona mayor cree tomar una precaución para evitar una caída, la cual no es adecuada y por lo tanto representa un riesgo aún mayor. La prevención y promoción de la salud son el abordaje más adecuado, a nuestro criterio, ya que permite brindar información necesaria para que el AM tome las precauciones correctas.

Estas reflexiones nos abren la posibilidad de pensar el impacto que el temor a caer tiene sobre la vida de los AM, sobre su calidad de vida, y la importancia de un abordaje temprano y adecuado desde un encuadre de un equipo interdisciplinario para poder actuar sobre los distintos aspectos de la problemática.

CONCLUSION

CONCLUSIÓN

En la presente tesis de grado se abordó una problemática muy frecuente, el temor a caer, en la población mayor de la ciudad de Mar del Plata, y muy poco abordada desde las diferentes disciplinas. Durante la realización del trabajo de campo hemos podido interactuar con las personas mayores, profundizar nuestro conocimiento y entender la importancia de la educación, prevención y promoción de la salud, desde un abordaje interdisciplinario que permita abarcar la mayor cantidad de aspectos que supone la compleja problemática del temor a caer.

Los objetivos planteados están dirigidos sobre todo a conocer la temática, comprender de qué manera el temor a caer afecta la vida diaria del sujeto como así también las precauciones y ajustes que los AM realizan para evitar las caídas y disminuir el temor a caer.

En relación al objetivo principal que *plantea determinar el grado de autoeficacia en la realización de las actividades cotidiana de los adultos mayores de la ciudad de Mar del Plata durante el año 2015*. Los datos obtenidos muestran que el promedio del puntaje de la escala FES-I fue de 27, 01. Este dato nos indica que el grado de preocupación de sufrir una caída en la realización de las AVD/AIVD es bajo, es decir que, en general, los AM de la ciudad de Mar del Plata muestran un bajo temor de sufrir una caída. Dato que resulta sumamente interesante y muestra la posibilidad de un cambio de paradigma, donde se entiende que los AM pueden llegar a edades muy avanzadas conservando un buen grado de autoeficacia e independencia.

Los resultados en relación al segundo objetivo que plantea *comparar el grado de autoeficacia en la realización de las actividades cotidianas entre adultos mayores que hayan sufrido una o más caídas durante el último año y aquellas que no,* muestran que los AM que han sufrido caídas presentan mayor temor a caer que aquellos que no han caído. La experiencia de caída y sus consecuencias son importantes factores a tener en cuenta en relación con el temor a caer. si bien

postura adhiere a los lineamientos más tradicionales de la temática, y se encuentra en contraste con los postulados funcionalistas que sustentan que no es condición unívoca la caída como causa del temor a caer, este dato puede ser útil al momento de pensar una intervención y estar alertas en detectar la presencia de temor a caer en aquellas personas que han sufrido una o varias caídas ya que pueden presentar restricciones en su desempeño funcional.

El objetivo tres *plantea comparar el grado de autoeficacia en la realización de las actividades cotidianas de los adultos mayores según grupo de edad, adultos mayores de -60 a 75 años- y adultos mayores de -76 a 90-.* Los datos obtenidos indican que aunque se da una pequeña diferencia entre ambos grupos de edad, esta no es estadísticamente significativa. Para comprender este resultado consideramos fundamental observar que estos AM, en su mayoría, han podido de manera gradual implementar e incorporar cambios en su manera habitual de realizar las AVD/AIVD, modificando algunas actividades que resultaban riesgosas o dificultosas por otras más adaptadas a sus posibilidades y necesidades. Inferimos que puede ser por esto que el temor a caer no ha aumentado con la edad en esta población. Consideramos que dicha población podría optimizar su desempeño si mediara una intervención terapéutica, ya que a menudo se observó que los cambios implementados no resultaron adecuados para mantener un desempeño seguro.

El objetivo cuatro propone *realizar un análisis por ítems del grado de autoeficacia en la realización de las actividades cotidianas para la muestra total*. Los resultados obtenidos indican que los AM no muestran temor a caer en 12 de los 16 ítems de la escala, si se identifico la presencia de temor a caer en cuatro de ellos (bañarse o ducharse, caminar en una superficie irregular, caminar en una superficie resbaladiza, subir o bajar escaleras). En el análisis de estos resultados podemos comprender que estas cuatro actividades representan, un riesgo real y concreto de sufrir una caída. Es por esto que la población de AM de la ciudad de Mar del Plata tiene un alto nivel de conciencia de riesgo y toman precauciones al respecto.

En relación al objetivo cinco que propone *indagar la relación entre el temor a caer manifiesto y el grado de autoeficacia en la realización de las actividades cotidianas*, se observó una diferencia estadísticamente significativa entre las variables, dando por resultado un mayor grado de autoeficacia (puntajes más bajos en la escala FES- I) en el grupo de personas que referían no tener temor a caer, mientras que las personas que referían tener temor obtenían menor grado de autoeficacia (puntajes más altos en la escala). Estos datos nos indican que los AM de la ciudad de Mar del Plata perciben el nivel de sus propias capacidades muy cercanas al grado de autoeficacia obtenido mediante la aplicación de la escala, lo que nos permite pensar en un envejecimiento activo y saludable, donde se han dado las adaptaciones necesarias para poder desempeñarse con independencia en las actividades cotidianas

Los resultados para el objetivo seis *identificar técnicas y/o adaptaciones que los adultos mayores utilizan para aumentar su autoeficacia en la realización de las actividades cotidianas,* muestran que los AM utilizan técnicas y/o adaptaciones principalmente en las cuatro actividades en que se da más preocupación de sufrir una caída, algunas de las técnicas/adaptaciones que más refirieron utilizar las personas fueron sujetarse al realizar alguna actividad como vestirse o ducharse; prestar mayor atención al circular por la vía publica, limpiar la casa, entre otras; evitar o no realizar aquellas actividades que considera más riesgosas como caminar en una superficie resbaladiza / irregular, o al utilizar las escaleras; también se detectó que las personas refieren hacer las cosas más despacio al limpiar la casa, vestirse o desvestirse; y por último se observó que una gran cantidad de personas usan alfombra antideslizante en el baño. Como ya hemos mencionado, el hecho de que el AM utilice técnicas o adaptaciones para tener mayor seguridad, no implica necesariamente que estas sean correctas en todos los casos, por lo que consideramos fundamental la intervención de un agente de salud que proporciones información adecuada al respecto.

En relación al objetivo siete *identificar las actividades en que los adultos mayores presentan menor autoeficacia,* los resultados muestran que los AM presentan menor autoeficacia en aquellas actividades que consideran más riesgosas y que por lo tanto son en las que utilizan más adaptaciones y/o técnicas. Estas son bañarse o ducharse, subir o bajar escaleras, caminar en una superficie irregular y caminar en una superficie resbaladiza.

A través de la profundización de los conceptos aprehendidos durante este trabajo, hemos podido reflexionar sobre los conceptos de temor a caer, autoeficacia y sus implicancias. La relación entre autoeficacia y las capacidades concretas de una persona es de gran relevancia ya que cuanto mayor sea la distancia entre ambas, mayor será la exposición a situaciones desfavorables, es decir que si bien consideramos beneficioso que la persona tenga un alto grado de autoeficacia (poco o nada de temor a caer), esto puede ser desfavorable si la actividad en que se implica la persona presupone un riesgo como caminar en una superficie mojada o en mal estado. Consideramos que la confianza en las propias capacidades es sumamente importante y es lo que se debe fomentar, aunque ésta también debe estar acompañada de una conciencia real de las propias capacidades concretas que se tienen, dado que de no ser así, se deben tomar o proporcionar las precauciones, adaptaciones y/o técnicas adecuadas para favorecer la independencia de la persona, sin que esto la exponga a una posible caída.

Una observación que pudimos realizar al hacer el trabajo de campo es que algunos ítems en la escala plantean situaciones cotidianas fuera del hogar, tales como salir a hacer las compras, visitar amigos o familiares, entre otros. Hemos encontrado que al preguntar sobre estas actividades la preocupación se atribuye en mayor medida a las condiciones ambientales. En general señalan la falta de mantenimiento de las veredas, presencia de desniveles, suelos irregulares o deslizantes, entre otros sumado al incremento de la dificultad en aquellos trayectos más distantes que representan la necesidad de utilizar un transporte o depender de otra persona para el traslado. Consideramos que estas

características son importantes a tener en cuenta para el terapista ocupacional ya que remiten a indagar, conocer e implicarse en el tratamiento de la temática del Diseño Universal, tales como la presencia de barreras arquitectónicas y soportes en el entorno domiciliario, la vía pública y el transporte. La escala FES-I no considera estas apreciaciones, pero las consideramos de relevancia ya que impactan directamente en el desempeño e independencia del adulto mayor y tiene una incumbencia directa en el quehacer profesional del TO.

Consideramos interesante desde el ejercicio profesional de TO que se aborde la problemática del temor a caer no sólo desde un marco de la promoción y prevención de la salud, sino que pueda aplicarse en todas las intervenciones gerontológicas dada la magnitud de su alcance, por ser un constructo multidimensional y multifactorial. Por lo expuesto en esta conclusión, se sugiere para futuras investigaciones se tenga en cuenta investigar dicha temática en la población de adultos mayores frágiles y profundizar el estudio sobre aquellas personas que incorporan los cambios sin mediar una intervención formal y si existen diferencias con aquellas personas que concurren a un taller de educación terapéutica.

ANEXOS

FECHA **Nro. Entrevista**

Datos sociodemográficos:

Edad:

Género: F M

Lugar de Residencia:

Grupo conviviente:

Nivel de estudios:

	Primario	Secundario	Terciario	Universitario
completo				
Incompleto				
Otros:				

Cuestionario Sobre Temor a Caer

1) Sufrió alguna caída durante el último año?
   SI NO Cuantas?

2) Tiene temor a caer?
   SI NO A veces

3) Debido al temor a caer dejo de realizar alguna actividad que habitualmente realizaba?
   SI NO
   Cual?

4) Tiene alguna técnica o elemento, para realizar las actividades que le dé seguridad ante la posibilidad de sufrir una caída?
   SI NO
   Cual?

ESCALA FES-I

Ahora le queremos hacer algunas preguntas relacionadas con su **preocupación sobre la posibilidad de caerse**.

Para cada una de las actividades siguientes, indique la frase que más se aproxime a su opinión: cuanto le preocupa que pueda caerse al hacer esta actividad. Por favor conteste pensando en la manera habitual que tiene de realizarla. Pregunte aún si la persona no realiza la actividad.

Nada preocupado	Poco preocupado	Bastante preocupado	Muy preocupado
1	2	3	4

1	Limpiar la casa (ej. Barrer, pasar la aspiradora o limpiar el polvo)	1	2	3	4
2	Vestirse o desvestirse	1	2	3	4
3	Preparar comidas cada día	1	2	3	4
4	Bañarse o ducharse	1	2	3	4
5	Ir de compra	1	2	3	4
6	Sentarse o levantarse de una silla	1	2	3	4
7	Subir o bajar escaleras	1	2	3	4
8	Caminar por el barrio (o vecindad, fuera de casa)	1	2	3	4
9	Agarrar algo alto (por encima de su cabeza) o en el suelo	1	2	3	4
10	Ir a contestar el teléfono antes de que deje de sonar	1	2	3	4
11	Caminar en una superficie resbaladiza (ej. Mojada o con hielo)	1	2	3	4
12	Visitar a un amigo o familiar	1	2	3	4
13	Caminar en un lugar con mucha gente	1	2	3	4
14	Caminar en una superficie irregular(ej. Pavimento en mal estado, sin asfaltar)	1	2	3	4
15	Subir y bajar una rampa	1	2	3	4
16	Salir a un evento social (por ej. Religioso, reunión familiar o reunión social)	1	2	3	4
	PUNTAJE TOTAL				

FES-I Spanish translated from English by Dr Ramona Lucas. Cortesía del servicio de búsqueda de la Biblioteca de la Facultad de Psicología de la ciudad de Mar del Plata.

En cada uno de los ítems se preguntará: Usted tiene algún cuidado cuando realiza esta actividad?

1.

2.

3.

4.

5.

6.

7.

8.

9.

10.

11.

12.

13.

14.

15.

16.

Consentimiento informado para participar en el

Estudio de investigación

TITULO DEL ESTUDIO:

Autoeficacia en las actividades de la vida cotidiana en adultos mayores

INVESTIGADORES: Burgardt María Magdalena; Chaves, Romina Vanesa estudiantes avanzadas de Lic. en Terapia Ocupacional UNMDP

OBJETO: Determinar el grado de autoeficacia en la realización de las actividades cotidianas de adultos mayores de la ciudad de Mar del Plata.

PROCEDIMIENTO:

Si consiento en participar sucederá lo siguiente:

1. Responderé a preguntas sobre mi autoeficacia en la realización de actividades cotidianas
2. me someterán a un cuestionario de preguntas sobre el temor a caer, caídas y desempeño en las actividades de la vida cotidiana

CONFIDENCIALIDAD:

Toda información obtenida en este estudio será considerada confidencial y será usada sólo a efectos de investigación. Mi identidad será mantenida en el anonimato

DERECHO A REHUSAR O ABANDONAR:

Mi participación en el estudio es enteramente voluntaria y soy libre de rehusar a tomar parte o a abandonar en cualquier momento.

CONSENTIMIENTO:

Consiento en participar en este estudio. He recibido una copia de este impreso y he tenido la oportunidad de leerlo y/o que me lo lean.

FIRMA:…….

FECHA:……..

FIRMA DEL INVESTIGADOR:……