

EXPERIENCIAS Y PERCEPCIONES SOBRE LAS CAÍDAS DE PERSONAS MAYORES DE LA COMUNIDAD EN CHILE

EXPERIENCES AND PERCEPTIONS OF FALLS AMONG OLDER PEOPLE
IN THE CHILEAN COMMUNITY

BASTIAN GUERRA ARAYA

Universidad Andrés Bello

Viña del Mar, Chile

bastian.guerra@unab.cl

ORCID: [0009-0002-6863-6454](https://orcid.org/0009-0002-6863-6454)

BIANCA PUNTARELI VICENCIO

Universidad Andrés Bello

Viña del Mar, Chile

bianca.puntareli@unab.cl

ORCID: [0000-0002-2207-5762](https://orcid.org/0000-0002-2207-5762)

ESTUDIO

Resumen

Las caídas son una problemática de gran importancia en salud pública, considerando sus consecuencias a nivel físico, psicológico, emocional, social y económico. El objetivo de esta investigación fue analizar las experiencias, percepciones y sentimientos de las personas mayores en relación con las caídas, describiendo los contextos donde se producen, los factores de riesgo y protectores. Se realizaron entrevistas semiestructuradas a 14 personas mayores entre 67 y 77 años. Para esto, se utilizó un enfoque cualitativo y fenomenológico interpretativo, con una muestra intencionada por conveniencia.

Los participantes que experimentaron caídas reflejaron una gama de emociones, incluyendo rabia, tristeza, frustración y miedo, mientras que aquellos que no han sufrido caídas expresaron preocupación por las posibles lesiones físicas y las consecuencias sociales y económicas que podrían enfrentar. Fueron identificados factores de riesgo como la accesibilidad a los espacios públicos, el diseño y la accesibilidad

de la vivienda como elementos extrínsecos. Además, se destacaron factores intrínsecos como el equilibrio, la atención y la coordinación como elementos principales que influyen en el riesgo de caídas.

Comprender las experiencias y percepciones de las personas mayores es clave para el desarrollo e implementación de estrategias en todos los niveles de atención en salud. Estas medidas preventivas deben ser diseñadas desde una perspectiva centrada en la persona, facilitando la creación de entornos seguros y accesibles para que las personas mayores se vinculen significativamente con la comunidad.

Palabras clave: Personas mayores, accidentes por caídas, factores de riesgo, factores protectores.

Abstract

Falls are a problem of great importance in Public Health, considering their consequences at physical, psychological, emotional, social, and economic level. The aim of this investigation is to analyze the experiences, perceptions and emotions of community-dwelling older adults about falls, emphasizing the contexts where falls produce, the triggering and protective factors. The impact of falls in the autonomy and independence of old people are also explored. Semi-structured interviews were carried out with 14 older people between 67 and 77 years old. For this, a qualitative and interpretive phenomenological approach was used, with an intentional convenience sample. Fallers experienced emotions like rage, sadness, frustration, and fear, while non-fallers expressed concern about possible physical injuries, social and economic consequences they could face. In the interviews, extrinsic risk factors were identified related to the accessibility to public and private spaces and the home design. On the other hand, intrinsic risk factors like loss of balance, low levels of attention and coordination were the principal aspects that negatively influence risk of falls. Protective factors such as physical activity, life independently and not exposing to risk were by non-fallers. Understanding the experiences and perceptions of old people is key to the development and application of interventions and strategies in all levels of health care. These preventive measures need to be designed with a person-centered approach, avoiding stereotypes associated with fragility and dependence in old people. Creating accessible and safe environments that facilitates the inclusion of older people within the community is vital to moving towards a society that sees the aging process from a human rights perspective.

Keywords: Older person, accidental falls, risk factors, protective factors.

1. Introducción

Las caídas accidentales en las personas mayores forman parte de una de las problemáticas centrales a nivel de política pública, considerando el impacto que este fenómeno tiene sobre la salud de esta población. En Chile, la prevalencia alcanza un 37,2 % según los datos de la Encuesta Nacional de Salud 2009-2010 (Leiva *et al.*, 2019). Las consecuencias de las caídas pueden repercutir directa o indirectamente en este grupo etario, abarcando los ámbitos físico, psicoemocional y socioeconómico, pudiendo comprometer su independencia y autonomía (Montero-Odasso *et al.*, 2022).

En la misma línea, los costos económicos asociados a las caídas son parte importante del manejo de esta problemática por los diferentes Gobiernos a nivel mundial (Leiva *et al.*, 2019; Montero-Odasso *et al.*, 2022). En 2015, en Estados Unidos los costos oscilaron alrededor de los 754 millones de dólares en tratamientos médicos vinculados a caídas con resultados fatales y 28,9 billones de dólares en atenciones para personas que sufrieron caídas no fatales (James *et al.*, 2020). En Chile no existen datos sobre los costos directos e indirectos de las caídas en personas mayores (Leiva *et al.*, 2019).

Más allá de las repercusiones económicas, las caídas en personas mayores generan costos sociales significativos que afectan de manera negativa su calidad de vida. Estas consecuencias se manifiestan concretamente en una disminución de la independencia y la autonomía en la realización de actividades de la vida diaria avanzadas, instrumentales y, en casos graves, las básicas (Hartholt *et al.*, 2011). Para cuantificar este impacto, tanto a nivel nacional como internacional se utiliza el indicador *Años de Vida Ajustados por Discapacidad* o *Años de Vida Ajustados en Función de la Discapacidad* (AVISA o AVAD). Este indicador fue desarrollado en 1993 a través de un trabajo en conjunto del Banco Mundial con la Organización Mundial de la Salud y la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard. AVISA considera los Años de Vida Perdidos por Muerte Prematura y los Años de Vida Vividos con Discapacidad (Ministerio de Salud, 2008). El objetivo de este indicador es conocer cuántos años de vida pierden las personas debido a algún tipo de discapacidad. AVISA puede clasificarse en diferentes rangos según la severidad del impacto en la salud de la población; bajo impacto, impacto moderado, alto impacto en salud y muy alto impacto (Ministerio de Salud, 2008). Las caídas en personas mayores se

encuentran en decimoquinto lugar según el informe de carga de enfermedad del año 2007, causando un impacto negativo en la calidad de vida de esta población (Ministerio de Salud, 2008).

Las caídas pueden desencadenar un fenómeno conocido como Miedo a las Caídas, anteriormente denominado Síndrome Post-Caídas, en el cual el individuo experimenta un temor profundo y una desconfianza tanto en sí mismo como en su entorno, lo que resulta en una restricción de la movilidad y la interacción social (Pereira *et al.*, 2020). Esta situación impacta negativamente en la independencia y la autonomía de la persona, teniendo repercusiones adversas en su bienestar emocional y psicológico.

Desde un punto de vista físico, las caídas pueden ocasionar lesiones graves, como fracturas, las que a su vez pueden resultar en discapacidad y dependencia de terceros. Esto incrementa la carga tanto para las familias como para los sistemas de salud (Ministerio de Salud, 2008). Además, el Miedo a Caer puede inducir a las personas mayores a aislarse socialmente, lo que eleva el riesgo de padecer depresión, ansiedad y soledad (Curcio *et al.*, 2012). Según lo expuesto, se plantea la siguiente interrogante: ¿cuáles son las experiencias, percepciones y sentimientos de las personas mayores en relación con las caídas?

1.1 Asociación entre el Miedo a las Caídas y el riesgo de caídas

Diversos estudios han explorado la relación entre el Miedo a las Caídas, la poca confianza y el riesgo de sufrir caídas en las personas mayores (Curcio *et al.*, 2012; Lavedán Santamaría *et al.*, 2015).

Biswas, Adebusoye y Chattopadhyay (2022) desarrollaron una revisión sistemática con metaanálisis en donde encontraron una asociación significativa entre el Miedo a las Caídas y el hecho de sufrir una caída (Biswas *et al.*, 2022). Así mismo, Lavedán Santamaría *et al.* (2015) identificaron este elemento como factor independiente que influye de forma negativa sobre el riesgo de caídas, es decir, ante la presencia del Miedo a las Caídas, mayor es la probabilidad de que ocurra esta situación.

En la misma línea, Pereira *et al.* (2020) investigaron la relación entre las caídas, el Miedo a las Caídas y la dependencia física en actividades de la vida diaria de las personas mayores. Al analizar la forma en que el Miedo a las Caídas influye sobre la dependencia física, la evidencia muestra que una persona que reporta temor a sufrir una caída tiene entre tres y siete veces más probabilidades de padecer

dependencia física en su vida. El Miedo a Caer aumentaría, además, entre dos a tres veces la probabilidad de dependencia en actividades de la vida diaria básicas, instrumentales y avanzadas.

1.2 Percepciones y sentimientos de las personas mayores sobre las caídas

La evidencia desde el punto de vista cualitativo es escasa en esta área, especialmente cuando el objetivo es conocer las perspectivas de las personas mayores sobre las caídas. Gardiner *et al.* (2017) exploran, a través de una síntesis narrativa, las experiencias de las personas mayores respecto a las caídas. Los sentimientos se definen como estados afectivos que surgen en respuesta a experiencias específicas, mientras que las emociones son reacciones más intensas y breves que pueden influir en el comportamiento y la toma de decisiones. Según Ekman (2003), las emociones son respuestas complejas que involucran experiencias subjetivas, respuestas fisiológicas y expresiones conductuales. Esta definición resalta la naturaleza multifacética de las emociones, que no solo son reacciones internas, sino que también se manifiestan externamente a través de comportamientos y expresiones faciales.

Dentro de los hallazgos, se encuentra la forma en que los participantes interpretan el fenómeno de las caídas. En primer lugar, emerge la influencia negativa que pueden tener las caídas sobre la identidad social, lo que implica que las personas mayores pueden llegar a ser catalogadas como competentes e incompetentes en relación con su capacidad de ser autónomos. En segundo lugar, se plantea el estrecho vínculo entre la pérdida de independencia y las caídas, donde aparecen sentimientos asociados a frustración y al hecho de sentirse como una carga para sus familiares.

En último lugar, el estudio muestra a las caídas como una amenaza para la interacción social. Este punto está íntimamente relacionado con los dos anteriores, ya que aquellas personas que sufren caídas pueden llegar a limitar la realización de sus actividades de la vida diaria básicas, instrumentales y avanzadas. A su vez, esto genera la incapacidad de salir de sus hogares de forma independiente, llevando al aislamiento social y produciendo sentimientos de ansiedad y frustración.

Da Costa Estrêla *et al.* (2021) investigan la relación entre la autopercepción de las personas mayores y las caídas. Dentro de los resultados destacan la preocupación de este grupo etario por las consecuencias negativas de las caídas tanto a nivel físico como económico, pero también manifiestan ciertas aprehensiones ligadas a no asociar las caídas únicamente al factor edad, es decir, evitar caer en un sesgo o

en construcción de estereotipos que lleven a la discriminación o sobreprotección de estas personas por parte de su entorno. En otro estudio realizado por Yardley *et al.* (2006), se investigaron las percepciones de 66 individuos sobre la prevención de caídas, abordando también el diseño de pautas que facilitarían una mayor adherencia de los usuarios a las medidas preventivas.

Entre los hallazgos, los participantes señalaron la importancia de dirigir específicamente estas acciones a quienes las necesitan realmente, evitando generalizaciones, en especial en el caso de personas con historial de caídas o que experimentan miedo a caerse. En cuanto a cómo se sentían al discutir el riesgo de caídas, un grupo de personas expresó no identificarse con esta categoría, ya que se consideraban saludables y confiaban plenamente en sus capacidades físicas. Esta población, aunque posea habilidades físicas intactas, no debería ser excluida de los esfuerzos de prevención de caídas, una vez que se hayan evaluado sus necesidades específicas. Por otro lado, algunos participantes mencionaron sentirse en riesgo, pero preferían no discutirlo en su entorno cercano por temor a ser etiquetados con estereotipos asociados a las personas mayores, como la dependencia y la fragilidad. Además, el estudio resaltó que la discusión sobre este tema parecía generar ansiedad, vergüenza y aislamiento en las personas mayores (Yardley *et al.*, 2006). Sin embargo, evitar hablar sobre el riesgo de caídas podría tener un efecto similar en los usuarios, ya que podría convertirse en un tema tabú.

1.3 Factores determinantes sobre el riesgo de caídas

Las causas que explican las caídas son multifactoriales, clasificándose en dos tipos: intrínsecas y extrínsecas (Montero-Odasso *et al.*, 2022). Los Factores de Riesgo Intrínsecos corresponden a aquellas características biológicas individuales de la persona, tales como los componentes fisiológicos, neurocognitivos, psicológicos y musculoesqueléticos asociados al proceso de envejecimiento (Alghwiri y Whitney, 2020). En cuanto a los Factores de Riesgo Extrínsecos, se resumen en aquellos elementos pertenecientes al ambiente, tales como las barreras estructurales intra y extradomiciliarias, como por ejemplo baja iluminación en un sector específico de la casa o de la calle, calzado inadecuado, polifarmacia y consumo de medicamentos psicoactivos (Alghwiri y Whitney, 2020). Así, las caídas son el resultado de la interacción compleja entre los factores intrínsecos y extrínsecos.

En el estudio de Leiva *et al.* (2019) se investigó acerca de los factores asociados a las caídas en personas mayores chilenas. Al realizar un análisis de la etiología de las caídas en cuanto a los factores extrínsecos, se identificaron elementos como la mala iluminación, calzado inapropiado y exposición al riesgo (pisos resbalosos o en

mal estado). Estas barreras estructurales forman parte importante de los factores que contribuyen a generar espacios poco accesibles para las personas mayores. En línea con lo anterior, a nivel legislativo en Chile existe la Ley n.º 20.422, que entró en vigor el 10 de septiembre del 2010, estableciendo “Normas sobre Igualdad de Oportunidades e Inclusión Social de las Personas con Discapacidad”, cuyo artículo 3 se refiere a que “[e]n la aplicación de esta ley deberá darse cumplimiento a los principios de vida independiente, accesibilidad universal, diseño universal, intersectorialidad, participación y diálogo social” (Ley n.º 20.422, 2010/2024).

Paredes (2018) en su artículo hace referencia a este último punto, explicando la forma en que las políticas urbanas se relacionan con la inclusión de las personas mayores en la comunidad a nivel latinoamericano. En la búsqueda de generar espacios accesibles para las personas mayores, se implementa la Red Mundial de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de Ciudades y Comunidades adaptadas a las personas mayores (Organización Mundial de la Salud, s. f.), quienes desarrollaron una guía con indicadores claros para comprobar el avance y cumplimiento de los objetivos. Se destacan los puntos relacionados con accesibilidad y diseño universal porque eventualmente podría ser un elemento clave dentro de la eliminación de barreras estructurales en los espacios públicos.

Por otro lado, los factores intrínsecos como la edad, género, sarcopenia y alteración del equilibrio/marcha, polifarmacia e historial de caídas previas fueron parte de las causas más relevantes. Sin embargo, también destacan como factor protector la práctica de actividad física, indicando que aquellos usuarios que sufrieron caídas también tenían un bajo nivel de ejercicio.

En España, un estudio de Rodríguez-Molinero *et al.* (2015) analizó los datos de ciudadanos españoles respecto a la frecuencia de las caídas, sus consecuencias y los factores de riesgo. Dentro de los resultados, se observó que un total de 149 participantes experimentaron caídas dentro de sus casas, mientras que 96 personas lo hicieron fuera. En esa misma línea, cuando se analizó el subgrupo de personas en el rango etario de 65 a 79 años, el mayor número de caídas ocurrió en la calle, sumado a que el principal mecanismo que generó la caída fueron “tropiezos”.

Considerando lo expuesto, es fundamental contemplar las percepciones de las personas mayores en cuanto a las causas y consecuencias de las caídas. Lograr un análisis que incluya estos elementos permitirá identificar de mejor manera tanto los factores de riesgo como los protectores. Evaluar e intervenir de manera indivi-

dualizada facilita el desarrollo de estrategias eficaces y eficientes que consideren las preferencias, creencias y valores de las personas. Valorar su conocimiento es de vital importancia para acercarnos a una comprensión más amplia del fenómeno, ya que los múltiples factores que inciden sobre las caídas se encuentran íntimamente ligados a las características de los individuos y su entorno. En función de lo expuesto, el objetivo del estudio es analizar las experiencias, percepciones y sentimientos de las personas mayores en relación con las caídas y los factores que influyen sobre estas.

2. Métodos y datos

2.1 Diseño y tipo de estudio

El presente estudio se posiciona desde una metodología cualitativa que, de acuerdo con Conejero (2020), se centra en la construcción de conocimiento por parte del investigador, en conjunto con los participantes del estudio, permitiendo una comprensión más completa de la realidad. En este caso, se pretende profundizar en la comprensión de las vivencias de las personas mayores en relación con las caídas mediante un enfoque fenomenológico interpretativo, comprendido por Duque (2022) como el análisis de la subjetividad que le otorgan las personas a sus experiencias vividas.

2.2 Consideraciones éticas

Esta investigación se enmarca en el desarrollo de una tesis para optar al grado de Magíster en Kinesiología, titulada “Construcción, confiabilidad y validez de una Mini Batería de Riesgo de Caídas para la examinación y evaluación de personas mayores que viven en la comunidad”, aprobada por el Comité de Ética Científica de la Universidad Católica del Maule (Re acreditado 2022-2024, Resolución Exenta n.º 3703/31.12.21) a través del acta n.º 86 el día 24 de mayo de 2022 en Talca, Chile.

El consentimiento informado se basó en los lineamientos del comité mencionado. Cada participante revisó el documento detalladamente y recibió una explicación personal del investigador principal. Se consideraron principios éticos según Emanuel (2003): Valor Social, Validez Científica, Selección Justa de Participantes, Relación Riesgo-Beneficio, Evaluación Independiente, Consentimiento Informado y Respeto por los Participantes.

El estudio buscó recopilar percepciones sobre caídas en las personas mayores para

desarrollar estrategias eficientes. Fue conducido por profesionales con experiencia en este campo. La convocatoria fue abierta y los participantes se seleccionaron según criterios estrictos.

No hubo riesgos para los participantes, y se les proporcionaron recomendaciones al final del estudio. Tampoco conflicto de intereses, y se les informó sobre su derecho a retirarse en cualquier momento.

2.3 Selección participantes

Para la selección de los informantes se determinó una muestra intencionada por conveniencia que permitió que los posibles participantes se presentaran por sí mismos (Duque, 2022).

En cuanto a la convocatoria de los potenciales participantes, se siguieron tres vías principales. Primero, usuarios que ingresaron al Centro de atención con motivo de una evaluación con el médico y/o tecnólogo médico, o a aquellos derivados a tratamiento kinesiológico se les preguntó si sus datos de contacto podrían ser compartidos con el investigador principal. Este primer acercamiento estuvo a cargo de la coordinadora del Centro y en el caso de que la respuesta fuera positiva, el investigador principal los contactó telefónicamente y/o por correo electrónico. En segunda instancia, los usuarios que se encontraban en proceso de rehabilitación fueron consultados sobre si estaban interesados en participar de esta investigación enmarcada inicialmente dentro del proyecto de tesis.

Por último, se extendió una invitación general a la comunidad a través de redes sociales, afiches y anuncios en la página web oficial del Centro clínico. Cabe destacar que el investigador principal dedicó un tiempo específico para estar presente en el Centro, en el caso de que existieran personas interesadas y que quisieran recibir información de primera fuente.

2.4 Criterios de elegibilidad

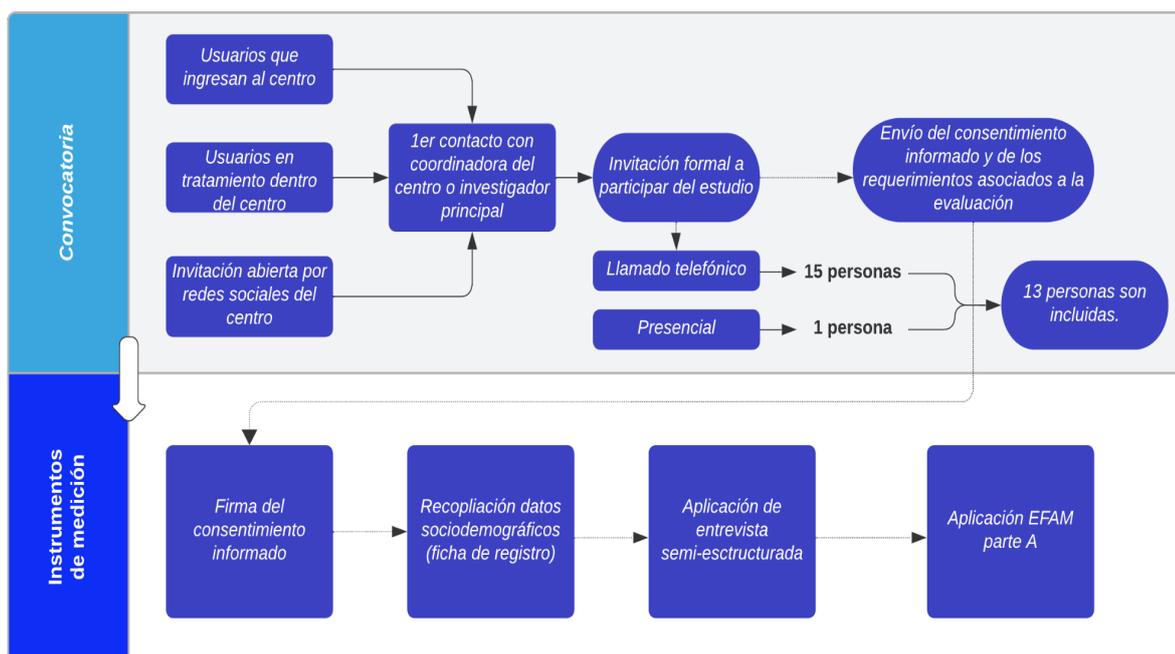
Sobre los criterios de inclusión, corresponden a personas entre 65 y 85 años que hayan reportado o no caídas en los últimos doce meses, quienes deben ser autovalentes.

Los criterios de exclusión involucraron tener los siguientes antecedentes: a) trastorno neurocognitivo mayor, b) enfermedades neurodegenerativas, c) secuelas de accidente cerebrovascular, d) trastornos vestibulares en etapa aguda y e) trastornos

visuales severos como ceguera o cataratas que estén en proceso de cirugía.

Un total de 16 participantes accedieron voluntariamente al estudio, de los cuales 1 no cumplía los criterios de inclusión, otro no pudo continuar luego de haber aceptado las condiciones de la investigación y una última persona que no permitió hacer registro de la entrevista. El proceso completo se resume en la figura 1. En cuanto a los datos de los participantes, estos pueden ser revisados en la tabla 2.

Figura 1. Flujograma proceso de convocatoria y entrevista



Fuente: elaboración propia.

2.5 Técnica de recogimiento de datos

Los instrumentos para el recogimiento de datos fueron: a) la entrevista semiestructurada con un guion temático y b) la aplicación de la sección A del instrumento EFAM (Examen Funcional del Adulto Mayor). Esta última prueba se utilizó con el fin de confirmar de manera objetiva que los participantes cumplieran con los criterios de autovalencia y que no presentaran trastorno neurocognitivo mayor.

La entrevista se realizó a partir de los siguientes pasos: en primer lugar, la elaboración de un cuadro de relación entre objetos, tópicos relevantes y preguntas, posteriormente se acordó un guion preliminar según el instrumento, el cual fue revisado

por juicio de expertos, quienes emitieron sugerencias en términos de coherencia y pertinencia. Posteriormente, se consolidaron las preguntas y el guion definitivo de la entrevista.

Tabla 1. Objetivos específicos y preguntas asociadas en un guion

Objetivos específicos	Preguntas
OE1: Describir los contextos donde se producen las caídas.	1. ¿En qué contexto ocurrió esa caída o las últimas caídas que ha tenido? 2. ¿Pudo levantarse del suelo sin ayuda, dentro de 1 hora posterior a la caída? 3. ¿En qué contextos se siente más inseguro/a sobre la posibilidad de caerse?
OE2: Identificar factores desencadenantes y protectores de las caídas.	4. ¿Qué características tuvo esa caída? 5. ¿Sufrió alguna lesión con esa caída? ¿Perdió el conocimiento? 6. ¿Se siente inestable al caminar o al mantenerse de pie? ¿Siente desconfianza sobre sus capacidades físicas relacionadas con esta actividad? Fuerza, equilibrio, por ejemplo. 7. ¿Por qué cree usted que no ha sufrido caídas?
OE3: Interpretar las percepciones y sentimientos de las personas mayores respecto a las caídas.	8. ¿Qué sentimientos y/o pensamientos tuvo posterior a la caída? 9. ¿Cuáles son sus preocupaciones respecto a la posibilidad de volver a caerse? 10. ¿Cree que al caerse pierde independencia y autonomía en su vida? ¿Cómo se refleja este aspecto en su vida cotidiana? 11. ¿Cuáles son sus preocupaciones respecto a la posibilidad de caerse? 12. ¿Siente preocupación sobre las consecuencias que podría acarrear el caerse?

Fuente: elaboración propia.

Tabla 2. Caracterización sociodemográfica de los participantes

Informantes	Edad	Antecedentes de caídas	Seguro de salud	Escolaridad	Actividad física
Entrevistado 1 Mujer	73 años	Sí	Fonasa	Superior	No
Entrevistado 2 Mujer	67 años	No	Fuerzas Armadas	Superior	No
Entrevistado 3 Mujer	67 años	Sí	Isapre	Técnico	No
Entrevistado 4 Mujer	71 años	Sí	Isapre	Superior	No

Entrevistado 5 Mujer	74 años	No	Fonasa	Técnico	No
Entrevistado 6 Mujer	68 años	Sí	Fonasa	Media	No
Entrevistado 7 Hom- bre	68 años	No	Fonasa	Media	No
Entrevistado 8 Mujer	69 años	Sí	Isapre	Media	No
Entrevistado 9 Mujer	73 años	No	Isapre	Superior	No
Entrevistado 10 Mujer	70 años	No	Isapre	Superior	No
Entrevistado 11 Mujer	69 años	No	Fuerzas Armadas	Superior	Sí
Entrevistado 12 Mujer	77 años	No	Fonasa	Técnico	Sí
Entrevistado 13 Mujer	75 años	Sí	Isapre	Superior	No

Fuente: elaboración propia.

2.6 Técnica de análisis de datos

El análisis de datos realizado para interpretar la información de las entrevistas se basó en el análisis de contenido, una técnica que implica la lectura, interpretación, codificación y estructuración de los discursos relevantes (Ruiz, 2012). Este estudio siguió la propuesta de Cáceres (2003), cuyos pasos se detallan a continuación:

- Definición de una postura teórica y disciplinaria para mantener la objetividad.
- Organización de la información recolectada.
- Identificación de unidades de análisis, segmentos del contenido para establecer inferencias.
- Establecimiento de reglas de análisis y códigos de clasificación.
- Desarrollo de categorías de análisis para ordenar y clasificar el contenido codificado.
- Integración de los hallazgos en una síntesis final para descubrir e interpretar los vínculos entre la información obtenida y la información previa.

Tabla 3. Objetivos específicos, categorías y códigos asociados

Objetivos específicos	Categorías	Códigos
Describir los ambientes donde se producen las caídas de las personas mayores.	Ambiente de desempeño	Ambiente intradomiciliario Ambiente extradomiciliario
Identificar factores determinantes asociados a las caídas de las personas mayores.	Factores determinantes de las caídas	Factores de riesgo Factores protectores
Interpretar las percepciones de las personas mayores en relación con las caídas.	Autopercepción de emociones y sentimientos asociados a las caídas	Emociones asociadas Sentimientos asociados

Fuente: elaboración propia.

2.7 Trabajo de campo

Una vez logrado el primer contacto con los participantes, se les explicó en forma detallada el proyecto y envió por correo electrónico una copia del consentimiento informado con el objetivo de que lo revisaran en detalle, previo a la entrevista, para decidir o no participar en la investigación.

3. Resultados preliminares examen funcional del adulto mayor

3.1 Síntesis resultados aplicación EFAM, sección A

El EFAM es parte del Examen Preventivo del Adulto Mayor (EMPAM) aplicado en Atención Primaria de Salud para clasificar a las personas mayores en cuanto a su nivel de dependencia y funcionalidad. Por lo anterior y considerando que los participantes son personas mayores que viven en la comunidad, es decir, usuarios funcionales, independientes y autónomos, es importante poder comprobar este punto con un instrumento validado que contiene 9 ítems que se representan a través de una serie de preguntas y/o actividades, las cuales se van puntuando según la capacidad reportada por la persona. Los puntajes de cada ítem se suman entregando un total de 56 puntos, en donde los puntos de corte se definen de la siguiente manera:

≤ 42 puntos: En riesgo de dependencia

≥ 43 puntos: Autovalente

En cuanto a los resultados, el 100 % de los participantes obtuvieron puntajes mayores o iguales a 43 puntos, lo que permite confirmar que son autovalentes. En el desglose de los puntajes, se observó que los participantes tuvieron un rendimiento más bajo en el ítem VI correspondiente a la aplicación del Mini Mental State Exam.

3.2 Síntesis resultados Mini Mental State Exam abreviado (MMSE)

El MMSE, en forma abreviada, es una prueba que se utiliza para evaluar trastornos neurocognitivos (Icaza y Albala, 1999). La versión abreviada consta de 6 apartados que al sumarse dan un total de 19 puntos, tomando como punto de corte 14 o más para considerar la prueba dentro de valores promedio. Esta prueba se encuentra incluido dentro del EFAM.

1. Orientación temporal
2. Registro de 3 palabras
3. Atención y cálculo
4. Recordar las 3 palabras
5. Construcción visual

El 100 % de los entrevistados obtuvo sobre 14 puntos, indicando que en este examen cognitivo los usuarios están dentro del rango promedio sin alteraciones. En dos apartados en los puntajes fueron más bajos. Uno es el ítem III que evalúa la atención y memoria de trabajo, y por otro lado está el ítem V que se centra en la memoria a corto plazo.

4. Resultados estudio

4.1 Categoría genérica A: Ambientes de desempeño donde se producen las caídas

Cuando se hace referencia al ambiente en donde se desempeñan las personas, habitualmente se trata del contexto en el cual se desarrolla una actividad cotidiana. En este caso, se distingue entre las caídas ocurridas en un ambiente intradomiciliario (dentro del hogar) y aquellas que se producen en un ambiente extradomiciliario (fuera del hogar).

Se interpreta que, de 13 participantes de esta investigación, 6 reportaron caídas, de los cuales 2 ocurrieron en un ambiente intradomiciliario. En específico, en dos espacios diferentes: primero, en el área de acceso al domicilio y, segundo, en el dormitorio de otra usuaria.

71 años (mujer): “En mi casa, subiendo una escala en el jardín, cuando me iba a subir al auto. Subiendo el peldaño me tropecé, puse las manos y las rodillas”.

75 años (mujer): “En la mañana me subí a una silla porque quise ver cómo me quedaba un jersey [polerón] y me subí al espejo para estar mejor [referido a subirse a la altura del espejo para poder verse a cuerpo completo]. [...] Me estoy bajando y cruzó mi perrita, la pisé ahí y me fui de espalda”.

En cuanto al contexto extradomiciliario, 4 personas reportaron caídas: en la calle cerca de un cruce de peatones y en la vereda propiamente tal.

69 años (mujer): “Fue en la mañana como a la una, a la altura del paso de cebra y por cruzar ‘apurá’ [referido a desplazarse de forma apresurada], porque iba cruzando una persona, por seguirla, digamos, y cruzar, no me di cuenta de que estaba ese paso de cebra y me tropecé y caí, pero me levanté”.

67 años (mujer): “[...] Yo iba caminando y me caí [...], yo iba hacia el barrio, y acá yo sé que había una reja y yo iba para allá [...]. No supe cómo me pegué en un brazo, eso para mí fue un misterio [...]”.

73 años (mujer): “Fue como a las 9:00 de la mañana, que iba apuradita por la calle San Antonio, calle Quillota [calles ubicadas en la zona oriente del plan de la ciudad de Viña del Mar], al juzgado a pagar un parte”.

4.1.2 Categoría genérica B: Contextos inseguros para los/as usuarios/as

Al grupo de personas que no sufrieron caídas, se les consultó sobre las situaciones en que se sentían inseguras respecto a la posibilidad de caer. En este sentido, refirieron sentirse inseguras al desplazarse por las calles de la ciudad, teniendo en cuenta los desafíos en términos de accesibilidad estructural.

67 años (mujer): “Bueno, hasta el momento no siento inseguridad, pero sí me da un poco más de susto en la calle más que en la casa, en la casa es como todo más manejable [...]”.

73 años (mujer): “En las calles de Viña [haciendo alusión al sentimiento de inseguridad], porque están todas irregulares las veredas. Yo siempre ando mirando al suelo para justamente no caerme, pero las calles de Viña son irregulares, entonces, por eso ando atenta”.

4.1.2 Categoría genérica C: Factores determinantes de las caídas

Los factores determinantes corresponden a aquellos elementos que tienen influencia sobre el riesgo de caídas. Existen factores que pueden disminuir la posibilidad de que una persona sufra una caída (factores protectores) y otros que pueden aumentarlo (factores de riesgo).

Considerando los factores que potencialmente *aumentaron el riesgo de caídas*, existen relatos que hacen referencia a problemas de accesibilidad en espacios públicos, como desniveles de veredas, pero también se observa una influencia importante del componente atencional sobre los eventos.

67 años (mujer): “La vereda tenía un desnivel. Yo no uso taco, generalmente ando con zapatillas, zapato bajo, entonces, me imagino que tiene que haber sido eso, pero no perdí el control, estaba hablando con una amiga y yo no solté el teléfono”.

69 años (mujer): “Por cruzar apurada, porque iba cruzando una persona, por seguir, digamos, y cruzar no me di cuenta que estaba ese paso de cebra y me tropecé y caí al suelo”.

73 años (mujer): “Porque iba apurada sin mirar y de repente había un levantamiento, esas tapas de cauces [referido a tapas de alcantarillado] y me fui, pero... hacia adelante”.

4.2 Categoría genérica D: Factores protectores de las caídas

Respecto a los factores protectores, los usuarios destacaron la actividad física en sus rutinas diarias como un elemento crucial. Resaltaron, además, la relevancia de mantener un estilo de vida saludable y precaución en las actividades. Un participante incluso atribuyó la ausencia de caídas a su capacidad de autosuficiencia y autonomía en su vida diaria. Estos testimonios subrayan la interacción compleja entre el bienestar físico, la precaución consciente y la independencia funcional como elementos esenciales en la prevención de caídas.

67 años (mujer): “A que tengo salud. Una buena salud. A que no tengo problemas de equilibrio. Y que soy más bien cuidadosa, no temerosa, pero no hago cosas muy arriesgadas”.

73 años (mujer): “Más de la mitad de mi vida yo he hecho gimnasia, he tenido musculatura, ahora estoy en un mal periodo, pero creo que el estado físico me ha ayudado a ser rápida si es que me tropiezo, a reaccionar rápido”.

69 años (mujer): “La verdad es que no sé si yo me creo muy independiente, porque viví más de 20 años sola, en Santiago [...]. Entonces, siempre he dependido de mi capacidad de hacer las cosas”.

4.3 Categoría genérica F: Sentimientos respecto al evento de caída

Referido a la capacidad de las personas de reconocer y manifestar sus emociones y sentimientos asociados a las caídas o al riesgo de sufrir una. Quienes tenían antecedentes de caídas, fueron consultados sobre los sentimientos y/o pensamientos luego del evento.

73 años (mujer): “De rabia, más que nada conmigo misma, y me paré apurada para que nadie me viera”.

68 años (mujer): “Mal. Pésimo [llora], porque era la cuarta caída. Me dio pena y estoy tomando sertralina [antidepresivo]. [...] Me siento que ‘soy un cacho’ [referido a ser una carga]”.

69 años (mujer): “Da como susto porque estás sola, o sea, ya andaba sola. Entonces, de repente como que te da un susto [...], pudo haber sido más [referido a que la caída podría haber generado lesiones de gravedad]”.

4.4 Categoría genérica G: Preocupaciones sobre la posibilidad de sufrir una caída

Al grupo de participantes que no reportó caídas, se le preguntó sobre las preocupaciones respecto a la posibilidad de sufrir alguna y las consecuencias que podría significar. Al respecto, los participantes comentaron lo siguiente:

74 años (mujer): “[...] Tengo miedo de caerme, quebrarme la cadera [...]. Ahí hay que empezar a picar, como se dice [referido a que el proceso de tratamiento y la rehabi-

litación posterior a la fractura son más engorrosos y toman tiempo]”.

68 años (*hombre*): “Es que no vaya a perder el conocimiento, es como lo primero, porque de repente uno está propenso, sobre todo en este país, que se puede ir caminando y uno va con la mente trabajando porque somos así, entonces, los adoquines, los pastelones, uno más arriba que otro”.

69 años (*mujer*): “Me preocupa fracturarme la cadera en esta época de la vida [referido al ciclo vital en que se encuentra], tener alguna fractura de la pierna, pero principalmente de cadera, yo no quiero”.

5. Discusión

Las caídas en las personas mayores constituyen un problema de salud pública con repercusiones significativas tanto para los individuos como para los sistemas sanitarios. Abordar este fenómeno desde una perspectiva integral implican examinar las diversas causas y consecuencias que interactúan en este complejo escenario.

La presente investigación permite analizar la perspectiva de las personas mayores, respecto a cómo experimentan y perciben las causas y consecuencias de las caídas. La compleja interconexión entre los elementos propios de las personas, como lo son las capacidades físicas y sensoriales, las creencias y aspectos psicoemocionales, sumado a aquellos relacionados con el contexto, implica la necesidad de desarrollar estrategias integrales y adecuadamente dirigidas en los distintos niveles de atención sanitaria. Las caídas pueden generar consecuencias graves a nivel psicoemocional en las personas mayores, ocasionando sentimientos negativos hacia sí mismas o su entorno (Hartholt *et al.*, 2011). Frustración, miedo, impotencia son algunas de las manifestaciones más comunes que surgen al momento de sufrir una caída y que en algunos casos se mantienen durante un tiempo. Por ejemplo, si se identifica a un usuario con un nivel de fragilidad física como variable primaria que aumenta la vulnerabilidad a las caídas, pero a su vez esa persona se encuentran dentro de un entorno desfavorable y en un estado emocional negativo, el riesgo de caídas se potencia por la interacción de estos tres elementos (Montero-Odasso *et al.*, 2022).

Otro elemento importante que considerar es el ambiente estructural, el cual juega un papel crucial en las caídas. El diseño y la accesibilidad de la vivienda, la presencia de obstáculos o superficies resbaladizas y la iluminación deficiente, son ejemplos

de factores de riesgo extrínsecos a nivel intradomiciliario, tal como se identifica en el contenido de las entrevistas.

Respecto a factores psicosociales, las creencias, actitudes y emociones de las personas mayores también pueden influir en su propensión a las caídas. El miedo a caer, la baja autoestima o la depresión pueden afectar la confianza en sí mismas y su capacidad para desenvolverse con seguridad.

En línea con las recomendaciones de Montero-Odasso *et al.* (2022), en la actualización de la *Guía mundial para la prevención y manejo de caídas en personas mayores*, la incorporación de las percepciones de las personas mayores acerca de las caídas, sus causas, riesgo probable y el cómo prevenirlas es fundamental para el desarrollo de estrategias integrales que consideren la multiplicidad de factores involucrados.

En tal sentido, las políticas públicas y el marco legislativo juegan un papel primordial en la creación de entornos seguros y accesibles para las personas mayores, ya que la implementación de normas de construcción que consideren las necesidades de este grupo poblacional, así como la inversión en programas de prevención y promoción de la salud, son medidas esenciales para reducir la incidencia de las caídas.

5.1 Contextos donde se producen las caídas

Los resultados de esta investigación muestran que una mayor cantidad de personas sufrieron caídas en exteriores, con solo dos casos reportados dentro del hogar, lo que contrasta con investigaciones previas como las de Rodríguez-Molinero *et al.* (2015) (2015), donde las caídas intradomiciliarias predominaban. Esta discrepancia debe evaluarse considerando las diferencias culturales entre la población chilena y española. Sin embargo, es crucial que las estrategias para prevenir caídas aborden tanto factores intrínsecos de las personas como modificaciones ambientales en el hogar, como iluminación y seguridad de superficies, así como también consideren los riesgos asociados a entornos exteriores.

El análisis de estos hallazgos sugiere que aquellos que participan más activamente en la comunidad en entornos externos tienen más probabilidades de sufrir caídas, lo que puede relacionarse con limitaciones en la funcionalidad. Por otro lado, los participantes con capacidades físicas conservadas no experimentaron dificultades significativas en sus hogares.

Por lo tanto, es crucial abordar tanto los entornos intra como extradomiciliarios para desarrollar intervenciones efectivas contra las caídas. Esto implica discutir la importancia de adaptar espacios públicos para garantizar la accesibilidad universal y la participación de todas las personas.

5.2 Factores determinantes sobre las caídas

Los factores determinantes de las caídas incluyen *problemas de accesibilidad en espacios públicos*, como desniveles en veredas, inatención al caminar, y situaciones de prisa que llevan a descuidar el entorno, lo que generó tropiezos y caídas de contacto con el suelo.

Dichos factores influyeron de manera negativa sobre el riesgo de caídas, lo cual es consistente con los resultados del estudio de Leiva *et al.* (2019) realizado con población chilena. Por otro lado, los participantes de esta investigación se encuentran en el rango de edad entre 67 y 75 años, coincidiendo en parte con los resultados del estudio de Rodríguez-Molinero *et al.* (2015). Estos datos refuerzan la hipótesis sobre la posibilidad de que el nivel de funcionalidad de cada persona tenga relación directa o indirecta con la posibilidad de caer en su casa o fuera de esta.

En cuanto a los factores protectores, quienes no sufrieron caídas destacan la importancia de mantenerse físicamente activos. Otro elemento clave tiene relación con la capacidad de vivir de manera independiente, lo que a su vez genera beneficios en las esferas psicológicas, sociales y físicas. Mantener un estilo de vida saludable en cuanto a actividad física, sumado a la capacidad de desenvolverse de forma autónoma y eficiente, son parte fundamental de la vida de las personas, lo cual es reforzado por los participantes de esta investigación.

Finalmente, otro factor identificado en los relatos fue el hecho de evitar la exposición al riesgo. Estar atento, consciente y alerta a las condiciones del ambiente, así como no realizar acciones peligrosas, parece tener directa relación con la prevención de caídas.

5.3 Percepciones y sentimientos de las personas mayores sobre las caídas

Las personas que experimentaron caídas relataron una gama de emociones como rabia, tristeza, frustración y miedo. Muchas se sintieron culpables y temían las consecuencias físicas de una caída, aunque la mayoría no expresó miedo a volver a caer, lo cual podría indicar que las personas mayores consideran estos accidentes como

fortuitos. Estas percepciones y sentimientos fueron en gran parte temporales, fruto natural de una experiencia negativa como lo es una caída en la vía pública. Este punto es particularmente interesante, pues no se desarrolló Miedo a Caer como consecuencia de estos accidentes, lo que está influenciado por factores personales de cada individuo, como la personalidad, experiencias previas y consecuencias directas e indirectas de la caída. Solo una persona mencionó la dificultad de enfrentar múltiples caídas, reflejando la importancia de considerar el aspecto psicoemocional dentro de los procesos de intervención a nivel sanitario.

Por otro lado, aquellos que no sufrieron caídas se preocupaban por posibles lesiones físicas, especialmente fracturas de cadera, y por el impacto en sus vidas, incluyendo aspectos sociales y económicos. La pérdida de autonomía e independencia fue una preocupación constante, en línea con estudios previos que destacan las caídas como una amenaza para la identidad personal, independencia e interacción social (Gardiner, 2017).

6. Conclusión

El riesgo de caídas en las personas mayores es un fenómeno multifactorial que debe ser analizado desde una perspectiva biopsicosocial. En Chile, esta situación adquiere mayor relevancia debido al aumento proyectado de la población mayor y a la necesidad de garantizar sus derechos e inclusión social, tal como lo establecen la Convención Interamericana sobre Protección de los Derechos Humanos para las Personas Mayores (2017) y la Ley n.º 20.422 (2010).

En este artículo, se plantea la importancia de incorporar la voz y la experiencia de las personas mayores en la prevención y el manejo de las caídas, así como de adoptar un enfoque centrado en la persona que tome en cuenta sus preferencias, valores y metas, y no solo su condición de salud. Considerar las perspectivas de las personas mayores respecto a las caídas nos permite conocer en detalle la forma en la que enfrentan este tipo de situaciones. Además, incluir esta información en nuestro desempeño clínico facilita la identificación de factores de riesgo y protectores en cuanto a las caídas, y al mismo tiempo involucrar al usuario como protagonista clave del cuidado de su salud. Por otra parte, con el objetivo de reforzar estos hallazgos, sería óptimo contar con participantes de características sociodemográficas más heterogéneas, lo que permitiría analizar la problemática de las caídas en un espectro más amplio de la población de personas mayores.

Asimismo, se propone la necesidad de mejorar la accesibilidad y el diseño universal de los espacios públicos, eliminando las barreras estructurales que dificultan la movilidad y la participación social de las personas mayores en la comunidad. Se reconoce que la legislación actual está enfocada principalmente en las personas con discapacidad, lo que deja a las personas mayores sin una protección adecuada de sus derechos.

Finalmente, se analiza la importancia de considerar los contextos intradomiciliarios y extradomiciliarios en las intervenciones para reducir el riesgo de caídas, ya que ambos ambientes presentan desafíos y oportunidades para la prevención. Se sugiere la necesidad de promover la modificación estructural de los espacios públicos para lograr un nivel de accesibilidad que beneficie no solo a las personas con discapacidad, sino también a las personas mayores, favoreciendo su autonomía, seguridad y calidad de vida.

7. Referencias bibliográficas

- Alghwiri, A. A. y Whitney, S. L. (2020). Balance and falls in older adults. En Avers, D. y Wong, R. A. (eds.), *Guccione's geriatric physical therapy* (pp. 220-239). Mosby.
- Beorlegui, M., Esandi Larramendi, N. y Carvajal Valcárcel, A. (2017). La prevención de caídas recurrentes en el paciente anciano. *Gerokomos*, 28(1), 25-29. <https://doi.org/10.1016/j.geroko.2017.01.006>
- Biswas, I., Adebusoye, B. y Chattopadhyay, K. (2022). Risk factors for falls among older adults in India: A systematic review and meta-analysis. *Health Science Reports*, 5(4), e637. <https://doi.org/10.1002/hsr2.637>
- Blanco, C. M. C. y Castro, A. B. S. (2007). El muestreo en la investigación cualitativa. *NURE Investigación: Revista Científica de Enfermería*, 27, 10. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7779030>
- Cáceres, P. (2003). Análisis cualitativo de contenido: Una alternativa metodológica alcanzable. *Psicoperspectiva*, 11(1), 53-81. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=171018074008>
- Conejero, J. C. (2020). Una aproximación a la investigación cualitativa. *Neumología Pediátrica*, 15(1), 242-244. <https://doi.org/10.51451/np.v15i1.57>
- Convención Interamericana sobre Protección de los Derechos Humanos para las Personas Mayores (2017). [Texto completo de la convención]. Organización de los Estados Americanos. https://www.oas.org/es/sla/ddi/docs/tratados_multilaterales_interamericanos_a-70_derechos_humanos_personas_mayores.pdf
- Curcio, C. y Gómez Montes, F. (2012). Temor a caer en ancianos: Controversias en torno a un concepto y a su medición. *Hacia la promoción de la salud*, 17(2), 186-204. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-75772012000200013&lng=en&tlng=es
- Da Costa Estrêla, A. T. y Machin, R. (2021). The body in old age and its relationships with falls from the narrative of elderlies. *Ciência e Saúde Coletiva*, 26(11), 5681-5690. <https://doi.org/10.1590/1413-812320212611.30472020>
- Duque, H. (2022). Análisis fenomenológico interpretativo de la experiencia vivida en personas con diagnóstico de esquizofrenia. *Tesis Psicológica*, 17(2 SE-Sección Monográfica), 1-25. <https://doi.org/10.37511/tesis.v17n2a4>
- Ekman, P. y Friesen, W. V. (2003). *Unmasking the face: A guide to recognizing emotions from facial clues*. Ishk.
- Emanuel, E. (2003). ¿Qué hace que la investigación clínica sea ética? Siete requisitos éticos. *Pautas éticas para la investigación en sujetos humanos: Nuevas perspectivas* (pp. 83-96). Programa Regional de Bioética, OPS/OMS. https://www.ehu.eus/documents/2458096/2528821/EmanuelEz_7RequisitosEticos.pdf
- Gardiner, S., Glogowska, M., Stoddart, C., Pendlebury, S., Lasserson, D. y Jackson, D. (2017). Older people's experiences of falling and perceived risk of falls in the community:

A narrative synthesis of qualitative research. *International Journal of Older People Nursing*, 12(4). <https://doi.org/10.1111/opn.12151>

Hartholt, K. A., van Beeck, E. F., Polinder, S., van der Velde, N., van Lieshout, E. M. M., Panne-man, M. J. M., van der Cammen, T. J. M. y Patka, P. (2011). Societal consequences of falls in the older population: Injuries, healthcare costs, and long-term reduced quality of life. *The Journal of Trauma: Injury, Infection, and Critical Care*, 71(3), 748-753. <https://doi.org/10.1097/TA.0b013e3181f6f5e515>

Icaza, M. G. y Albala, C. (1999). *Minimental State Examinations (MMSE) del estudio de demencia en Chile: análisis estadístico*. Organización Panamericana de la Salud.

James, S. L., Lucchesi, L. R., Bisignano, C., Castle, C. D., Dingels, Z. V., Fox, J. T. et al. (2020). The global burden of falls: Global, regional, and national estimates of morbidity and mortality from the Global Burden of Disease Study 2017. *Injury Prevention*, 26(Supp 1), i3-i11. <https://doi.org/10.1136/injuryprev-2019-043286>

Lavedán Santamaría, A., Jürschik Giménez, P., Botigué Satorra, T., Nuin Orrio, C. y Viladrosa Montoy, M. (2015). Prevalence and associated factors of falls in community-dwelling elderly. *Atención Primaria*, 47(6), 367-375. <https://doi.org/10.1016/J.APRIM.2014.07.012>

Leiva, A. M., Troncoso-Pantoja, C., Martínez-Sanguinetti, M. A., Petermann-Rocha, F., Poblete-Valderrama, F., Cigarroa-Cuevas, I. y Celis-Morales, C. (2019). Factors associated with falls in older adults in Chile: Analysis of the National Health Survey 2009-2010. *Revista Médica de Chile*, 147(7), 877-886. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872019000700877>

Ley n.º 20.422 (2010, 10 de septiembre). Normas sobre igualdad de oportunidades e inclusión social de las personas con discapacidad. [Última modificación: 29 de noviembre de 2024]. *Diario Oficial de la República de Chile*. <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1010903>

Lima, J. da S., de Quadros, D. V., da Silva, S. L. C., Tavares, J. P. y Dal Pai, D. (2022). Custos das autorizações de internação hospitalar por quedas de idosos no Sistema Único de Saúde, Brasil, 2000-2020: Um estudo descritivo. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 31(1). <https://doi.org/10.1590/S1679-49742022000100012>

Ministerio de Salud. (2008). *Informe final estudio de carga de enfermedad y carga atribuible*. Departamento de Salud Pública, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. <http://epi.minsal.cl/estudio-de-carga-de-enfermedades/>

Montero-Odasso, M., van der Velde, N., Martin, F. C., Petrovic, M., Tan, M. P., Ryg, J. et al. (2022). World guidelines for falls prevention and management for older adults: A global initiative of the Task Force on Global Guidelines for Falls in Older Adults. *Age and Ageing*, 51(9), afac205. <https://doi.org/10.1093/ageing/afac205>

Organización Mundial de la Salud (s. f.). *Red Mundial de la OMS de ciudades y comunidades adaptadas a las personas mayores*. <https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-FWC-ALC-18.4>

- Paredes, M. (2019). Envejecimiento y personas mayores en América Latina: Desafíos para la inclusión a través de las políticas urbanas. *Ciudadanía. Revista de Políticas Sociales Urbanas*, (5), 11-28. <https://www.revistas.untref.edu.ar/index.php/ciudadanias/article/view/465>
- Pereira, C., Bravo, J., Raimundo, A., Tomas-Carus, P., Mendes, F. y Baptista, F. (2020). Risk for physical dependence in community-dwelling older adults: The role of fear of falling, falls, and fall-related injuries. *International Journal of Older People Nursing*, 15(3), e12310. <https://doi.org/10.1111/opn.12310>
- Rodríguez-Molinero, A., Narvaiza, L., Gálvez-Barrón, C., de la Cruz, J. J., Ruíz, J., Gonzalo, N. et al. (2015). Caídas en la población anciana española: Incidencia, consecuencias y factores de riesgo. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 50(6), 274-280. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2015.05.005>
- Rossat, A., Fantino, B., Nitenberg, C., Annweiler, C., Poujol, L., Herrmann, F. R. et al. (2010). Risk factors for falling in community-dwelling older adults: Which of them are associated with the recurrence of falls? *Journal of Nutrition, Health & Aging*, 14(9), 787-791. <https://doi.org/10.1007/S12603-010-0089-7>
- Ruiz, J. (2012). *Metodología de la investigación cualitativa* (5a ed.). Universidad de Deusto.
- Wijlhuizen, G. J., de Jong, R. y Hopman-Rock, M. (2007). Older persons afraid of falling reduce physical activity to prevent outdoor falls. *Preventive Medicine*, 44(3), 260-264. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2006.11.003>
- Yardley, L., Donovan-Hall, M., Francis, K. y Todd, C. (2006). Older people's views of advice about falls prevention: A qualitative study. *Health Education Research*, 21(4), 508-517. <https://doi.org/10.1093/her/cyh077>