

Pablo Díaz Vidal¹
Zaira Tojo Mañá²

1. Enfermero especialista en enfermería familiar y comunitaria. Centro de Saúde Fontenla Maristany. Ferrol, A Coruña, España.
2. Enfermera especialista en enfermería familiar y comunitaria. Centro de Saúde Fene. Fene, A Coruña, España.

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: pablo.diaz.vidal@sergas.es (Pablo Díaz Vidal).

Recibido el 22 de abril de 2024; aceptado el 8 de julio de 2024

Prevalencia de miedo a caer y factores relacionados en personas mayores residentes en la comunidad

Prevalence of fear of falling and related factors in community-dwelling older people

DOI: S1134-928X2024000400003

RESUMEN

Introducción: El miedo a caer, entendido como la falta de confianza en uno mismo a la hora de evitar una caída, puede condicionar el desarrollo de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria y, por lo tanto, afectar al autocuidado y a los distintos roles del individuo en la familia y la sociedad. Conocer su prevalencia, así como sus factores relacionados podría contribuir a su mejor abordaje.

Metodología: Se estudió el miedo a caer en 108 individuos de 70 o más años residentes en la comunidad. El muestreo se realizó por conveniencia desde la consulta de la enfermera de atención primaria y para la detección del miedo a caer se utilizó la escala Falls Efficacy Scale-International. Para conocer las variables asociadas al miedo a caer se utilizó una regresión logística multivariante. **Resultados:** Un 65,2% de los sujetos estudiados mostró algún grado de miedo a caer. Las variables que mostraron asociación con el miedo a caer fueron el riesgo de caídas y la presencia de síntomas depresivos. **Conclusiones:**

Este estudio ha evidenciado la alta prevalencia existente de miedo a caer entre las personas mayores que acuden a las consultas de atención primaria, y pone de relieve la importancia de que la enfermería comunitaria contribuya a su detección y manejo.

PALABRAS CLAVE: Miedo, enfermería en salud comunitaria, accidentes por caídas.

ABSTRACT

Introduction: The fear of falling, understood as the lack of self-confidence when it comes to avoiding a fall, can condition the development of basic and instrumental activities of daily life and therefore affect self-care and the different roles of individuals in the family and society. Knowing its prevalence as well as its related factors could contribute to a better approach to it.

Methodology: Fear of falling was studied in 108 individuals aged 70 or over residing in the community. Sampling was carried out by convenience from the primary care nurse's office and the Falls Efficacy Scale-International was used to detect fear of falling. To determine the variables associated with fear of falling, a multivariate logistic regression was used. **Results:** 65.2% of the subjects studied showed some degree of fear of falling. The variables that showed an association with fear of falling were the risk of falls and the presence of depressive symptoms. **Conclusions:** This study has shown the high prevalence of fear of falling among older people who attend primary care consultations, highlighting the importance of community nursing contributing to its detection and management.

KEYWORDS: Fear, community health nursing, accidental falls.

INTRODUCCIÓN

El miedo a caer, también conocido como *fear of falling*, fue definido por Tinetti et al.¹ como la falta de seguridad que tiene una persona en sí misma a la hora de evitar una caída cuando realiza actividades de la vida diaria. Este puede variar desde una ligera preocupación por caer, hasta una negativa a realizar la mayoría de las tareas cotidianas. En su justa medida, el miedo a caer puede jugar un papel protector al ocasionar que los individuos sean más precavidos a la hora de evitar riesgos. Sin embargo, puede tornarse asimismo en riesgo cuando implica limitaciones y pérdida de funcionalidad, ocasionando una mayor dependencia del entorno familiar y/o del cuidador y una mayor dificultad para mantener los distintos roles del individuo².

La importancia que tiene para la enfermería comunitaria conocer la existencia de miedo a caer se fundamenta en 2 premisas: por un lado, la hipótesis refrendada por varios estudios de que el miedo a caer podría estar relacionado con un mayor riesgo de futuras caídas³⁻⁵ y de pérdida de calidad de vida⁶; por otro, el hallazgo de que la actividad física multicomponente tendría un efecto beneficioso tanto sobre el miedo a caer como sobre el riesgo de caídas⁷.

Un reciente reporte de la OMS (Organización Mundial de la Salud), que lleva por título “Step Safely: Strategies for preventing and managing falls across the life-course”, proporciona datos relativos a los costes asociados a las caídas, tanto económicos como en términos de salud, que pueden ayudarnos a comprender la importancia que estas tienen desde el punto de la salud pública y de la atención primaria. Las caídas suponen, a nivel

global, la segunda causa de muerte por traumatismos no intencionados, siendo los adultos mayores de 60 años quienes sufren un mayor porcentaje de caídas mortales. Asimismo, cada año cerca de 37,3 millones de caídas revisten suficiente gravedad para, a pesar de no ser mortales, precisar atención por parte de un equipo sanitario. Las caídas suponen además un importante foco de morbilidad, y son la causa anualmente de 38 millones de años de vida perdidos ajustados por discapacidad⁸. No obstante, debe señalarse, que aunque la evidencia científica disponible es suficiente para justificar el abordaje del miedo a caer desde la consulta de enfermería de atención primaria, son necesarios nuevos estudios que arrojen luz sobre el papel del miedo a caer como predictor de futuras caídas, pues no son escasos los estudios que ponen en duda esta relación^{9,10}.

En este trabajo, en el contexto de un cribado de fragilidad realizado desde la consulta de atención primaria¹¹, hemos estudiado la prevalencia de miedo a caer en los adultos de 70 años o más residentes en la comunidad, así como sus factores relacionados.

■ OBJETIVOS

- Estimar la prevalencia de miedo a caer en adultos de 70 años o más residentes en la comunidad.
- Analizar las variables asociadas con el miedo a caer.

■ METODOLOGÍA

Se trata de un estudio descriptivo, observacional, transversal, realizado en Ferrol (A Coruña) entre los meses de febrero y septiembre de 2022.

El estudio se realizó tras la autorización del comité ético correspondiente y en concordancia con la Declaración de Helsinki.

Asimismo, se garantizó la confidencialidad de los datos obtenidos. Todos los pacientes fueron informados sobre los procedimientos del estudio y dieron su autorización mediante la firma del consentimiento informado. Del mismo modo, fueron informados del derecho a abandonar el estudio en el momento que considerasen oportuno.

La captación de los sujetos se realizó en el contexto de cualquier consulta de enfermería a la que el paciente acudiese por motivos ajenos a este estudio. Se consideraron sujetos seleccionables los individuos de 70 años o más pertenecientes a los cupos de enfermería seleccionados. Como criterios de exclusión se establecieron únicamente la edad inferior a 70 años y la presencia de una discapacidad física, evaluada a través de la escala de Barthel.

Se trata de un muestreo por conveniencia y, por consiguiente, no probabilístico.

Para el estudio del miedo a caer se utilizó la escala Falls Efficacy Scale-International (Escala FES-I de temor a caer) por ser el método de detección del miedo a caer cuyo uso está más extendido¹². La FES-I es una herramienta que evalúa el temor a caer durante la realización de 16 actividades de la vida diaria, incluyendo actividades básicas de la vida diaria, actividades instrumentales y actividades sociales. La preocupación por la posibilidad de caer realizando cada una de estas actividades se evalúa mediante una escala Likert, que toma 4 posibles valores. La puntuación final de la FES-I resulta de la suma de todos esos valores y abarca un rango que va desde los 16 puntos (nada preocupado) hasta los 64 puntos (muy preocupado).

El riesgo de caídas se evaluó a través de la escala JH Downton. Esta escala recoge información sobre 5 factores relacionados con el riesgo de caer (caídas previas, estado mental, presencia de déficits sensoriales, tipo de deambulación y toma de determinados fármacos que pueden aumentar

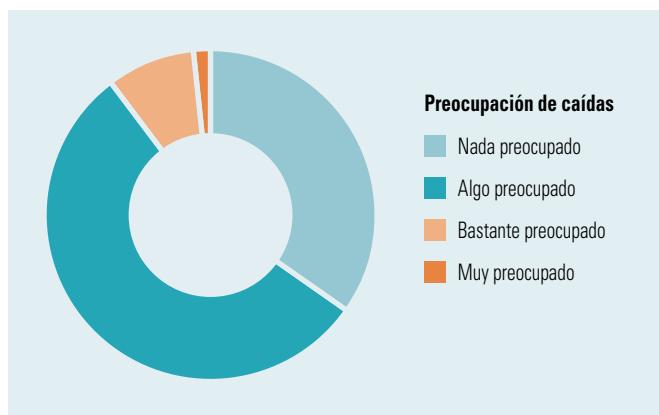


Figura 1. Gráfico de la distribución del miedo a caer entre los participantes del estudio.

el riesgo de caídas). Cada uno se puntuará como 0 o 1 y la puntuación final será la suma de los distintos apartados. Si la puntuación es igual o mayor a 3 serán catalogados como individuos con un alto riesgo de caídas.

Otras variables estudiadas fueron la presencia de síntomas ansiosodepresivos (valorados mediante la escala de ansiedad-depresión de Goldberg); la presencia de enfermedades crónicas como diabetes mellitus, hipertensión arterial o enfermedad pulmonar obstructiva crónica y la toma de determinados tratamientos farmacológicos como hipotensores, hipoglucemiantes, anticoagulantes, hipnóticos o sedantes.

Para el análisis de los datos obtenidos se utilizó el paquete estadístico R 4.2.0. Las variables de caracterización de la muestra se expresaron mediante frecuencias absolutas y porcentajes. Los resultados de los distintos test aplicados se categorizaron según las indicaciones de sus autores.

Para analizar la posible relación entre el miedo a caer y el resto de las variables, se calculó la estimación bruta del *odds ratio* (OR) de la respuesta miedo a caer mediante análisis de regresión logística univariante. Para ello, se transformó la variable FES-I que media el temor a caer estratificándolo en los niveles 0 (nada preocupado), 1 (algo preocupado), 2 (bastante preocupado) y 3 (muy preocupado) en una variable binaria indicadora de preocupación de caída y que toma los posibles valores 0 (sin temor a caer) y 1 (con temor a caer).

La significación de los coeficientes de regresión se valoró efectuando test de razón de verosimilitudes (RV).

Posteriormente, se obtuvieron estimaciones ajustadas del OR incluyendo las variables con valor de *p* menor que 0,1 en el análisis univariante en un modelo de regresión logística multivariante de efectos principales. Se utiliza un procedimiento de regresión paso a paso hacia atrás basada en la RV para llevar a cabo la selección del modelo. Se construyen intervalos de confianza del 95% (IC95%) para los OR por el método de perfilado de la verosimilitud.

■ RESULTADOS

La muestra final estuvo compuesta por 108 individuos de 70 o más años residentes en la comunidad. En la tabla 1 se puede observar la distribución de las distintas variables de caracterización de la muestra.

Un 65,2% de la muestra presentaba algún grado de preocupación respecto a la posibilidad de caer. En la figura 1 se puede ver una representación de los distintos grados de preocupación o temor a caer hallados en nuestra muestra.

Tabla 1. Distribución en la muestra de las distintas variables estudiadas

Variable		Número de sujetos (%)
Sexo	Hombre	53 (49,1)
	Mujer	55 (50,9)
Edad (años)	70-74	36 (33,3)
	75-79	38 (35,2)
	80-84	22 (20,4)
	85-89	10 (9,3)
	≥ 90	2 (1,9)
IMC	Normopeso	48 (44,4)
	Sobrepeso	22 (20,4)
	Obesidad	38 (35,2)
Entorno de residencia	Rural	36 (33)
	Urbano	72 (66,7)
Número de convivientes	Viven solos	31 (28,7)
	≥ 1	77 (71,3)
Nivel de estudios	Sin estudios	5 (4,6)
	Estudios primarios	79 (73,1)
	Estudios secundarios o superiores	24 (22,3)
Hábito tabáquico	Fumadores	11 (10,2)
	No fumadores	97 (89,8)
Antecedentes médicos	DM	31 (28,7)
	HTA	65 (60,2)
	EPOC	6 (5,6)
Tratamiento farmacológico	Antihipertensivos	71 (62,8)
	Ansiolíticos	36 (30,1)
	Antidiabéticos orales	31 (28,3)
	Anticoagulantes orales	32 (29,2)
	Antidepresivos	19 (17,6)
Riesgo de caídas según escala Downton	Insulina lenta	15 (13,9)
	Alto	36 (31,9)
	Bajo	72 (68,1)
	Positivo para ansiedad	21 (18,6)
	Positivo para depresión	17 (15)

DM: diabetes mellitus; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; HTA: hipertensión arterial; IMC: índice de masa corporal.

En cuanto al riesgo de caídas, los datos muestran que un 31,9% (n = 36) de los pacientes estudiados presentaban un alto riesgo de caídas.

Los resultados del test de ansiedad/depresión de Goldberg muestran que un 18,6% de la muestra (n = 21) obtuvieron una puntuación positiva en la subescala de ansiedad mientras que un 15% (n = 17) obtuvieron una puntuación positiva en el subtest de depresión.

Los datos obtenidos tras realizar la regresión logística univariable mostraron que, al nivel de significación del 5%, las variables asociadas

al miedo a caer son el sexo, el riesgo de caídas, la toma de tratamiento tranquilizante y la puntuación obtenida en la subescala de depresión del test de ansiedad/depresión de Goldberg. Partiendo de este conjunto de variables y ampliando con las variables con un valor de *p* inferior a 0,1 en la regresión univariable, que este caso se limitó únicamente a la variable “puntuación obtenida en la subescala de ansiedad del test de ansiedad/depresión de Goldberg”, se realizó un análisis de regresión logística multivariable paso a paso hacia atrás.

Tabla 2. Resultados de la regresión logística multivariable para el FES-I

Variable		OR (IC95%)	p
Riesgo de caídas	Bajo	Referente	$5,99 \times 10^{-4}$
	Alto	5,939 (2,054-21,69)	
Goldberg depresión	Negativo	Referente	0,0107
	Positivo	8,495 (1,532-159,3)	

IC95%: intervalo de confianza del 95%; OR: odds ratio.

La columna OR (IC 95%) da estimaciones puntuales y, entre paréntesis, intervalos de confianza del 95% del OR ajustado de FES-I para cada variable. En la última columna se muestran los valores de *p* del test de significación sobre los coeficientes de regresión.

Los resultados de este modelo, que se pueden consultar en la tabla 2, muestran que, tras ajustar por el resto de las variables, las variables con asociación estadísticamente significativa con la presencia de miedo a caer son el riesgo de caídas y la puntuación obtenida en la subescala de depresión del test de ansiedad/depresión de Goldberg. La asociación más fuerte observada fue con el riesgo de caídas. A través del OR obtenido podemos estimar que los sujetos de la muestra con un riesgo alto de caídas presentan 5,939 veces más probabilidades de tener temor a caer que los que no lo tienen. La otra variable que mostró asociación estadísticamente significativa fue la puntuación obtenida en la subescala de depresión del test de ansiedad/depresión de Goldberg, observándose que los individuos con un resultado positivo en dicho test presentaban 8,494 veces más probabilidades de tener temor a caer que aquellos con un resultado negativo.

Por último, se realizó también una comparación de las puntuaciones obtenidas en el test FES-I sin categorizar entre 2 grupos definidos por el riesgo de caídas a través del test de suma de rangos de Wilcoxon, siendo el valor de *p* obtenido para dicho test de $2,39 \times 10^{-4}$, lo que nos permite decir que existen diferencias en las puntuaciones FES-I obtenidas en cada uno de los grupos, siendo la estimación de la diferencia de medianas de puntuación FES-I de 3,5 con un IC95% de 1,5-8,0.

■ DISCUSIÓN

Según la literatura científica disponible, el miedo a caer, en cualquiera de sus grados, presenta, en adultos independientes de 60 o más años que viven en la comunidad y no presentan una historia previa de caídas, una prevalencia que oscila entre el 12 y el 65%. En los adultos mayores que sí presentan caídas previas, la prevalencia de miedo a caer oscila entre el 29 y el 92%¹³. La amplia variabilidad encontrada podría deberse a la falta de homogeneidad a la hora de evaluar este parámetro. Esta afirmación adquiere mayor consistencia al comprobar que se han encontrado prevalencias más bajas en los estudios que evaluaban el miedo a caer como una variable dicotómica de respuesta sí/no a la pregunta “¿tiene usted miedo a caer?” que en los estudios que permitían establecer diferentes grados de temor¹³. La falta de un “gold standard” para la detección y cuantificación del miedo a caer dificulta en la mayoría de ocasiones la comparabilidad entre estudios.

La prevalencia de miedo a caer en nuestra muestra fue de un 65,2%. Al segmentar los datos en función de las categorías que define la puntuación de la escala FES-I observamos que, a pesar de la alta prevalencia de miedo a caer, solamente un 9,8% de la muestra se cataloga como “bastante preocupados” o “muy preocupados” por la posibilidad de sufrir una caída.

La prevalencia obtenida en nuestro estudio difiere notablemente de la del resto de estudios encontrados, realizados en nuestro país, que

analizaban los niveles de miedo a caer^{9,14-17}. Martínez-Arnau et al., reagruparon en la categoría “bajo temor a caer” a los sujetos cuyas puntuaciones en la escala FES-I los catalogaba como “nada preocupados por caer” o “algo preocupados por caer”, por lo que la comparación de las prevalencias de miedo a caer con nuestro estudio no es posible. Sin embargo, sí puede compararse el porcentaje de sujetos de la muestra “bastante preocupados por caer” y “muy preocupados por caer”, objetivándose en ambos casos porcentajes más altos en su estudio¹⁴. Por su parte, Lavedán et al. encontraron una prevalencia de miedo a caer del 41,5%⁹. Sin embargo, debemos destacar que en este caso la medición del FES-I se hizo mediante la formulación de una pregunta (“¿tiene miedo a caer?”) de respuesta dicotómica, por lo que es posible que sujetos con únicamente una ligera preocupación por caer, que en la escala FES-I obtendrían un resultado positivo, en este caso respondan con un “no”, infraestimando la prevalencia real de miedo a caer en su muestra. En otro de los estudios evaluados, Molés et al. encontraron una prevalencia de miedo a caer de un 46% en una muestra de mayores de 75 años de Castellón de la Plana¹⁵. Nuevamente las diferencias podrían deberse a que previamente a la realización de la escala FES-I para cuantificar el miedo a caer, se realizó un primer cribado mediante la pregunta “¿Tiene usted miedo a caer?”, de respuesta dicotómica (sí/no), realizándose la cuantificación del miedo solo en los individuos que hubiesen respondido de manera afirmativa. Como hemos hipotetizado con anterioridad, este hecho podría acarrear una infraestimación de la prevalencia real. Alcolea-Ruiz et al., en un estudio realizado sobre una muestra no aleatoria de individuos mayores de 70 años pertenecientes al Centro de Salud de El Greco (Getafe), encontraron una prevalencia más baja que nosotros, concretamente de un 42,9%, utilizando la escala Short FES-I como instrumento de medida¹⁶. Aunque en este caso el método de detección del miedo a caer es similar al utilizado por nosotros y que la selección de la muestra, al igual que en nuestro estudio, es mediante muestreo por conveniencia (no probabilístico), lo que en principio debiera facilitar la comparación de prevalencias, la selección de la “Independencia para la deambulación”, entendida como la capacidad para caminar 45 min sin ayuda o con bastón, como criterio de inclusión podría acarrear la exclusión de las personas con trastornos de movilidad o del equilibrio, lo que podría dejar fuera de la muestra a potenciales participantes del estudio que, en caso de haberlo realizado, es verosímil que presentasen algún grado de miedo a caer. Por último, en lo que a estudios sobre miedo a caer realizados en nuestro país se refiere, Párraga y et al. encontraron que el 49,4% de una muestra de mayores de 65 años de Albacete manifestaban sentir mucho miedo a caer¹⁷. Esta variable fue evaluada mediante entrevista semiestructurada que admitía las respuestas “mucho”, “poco” o “ninguno”. Posteriormente se agruparon las categorías enfrentando los subgrupos de “mucho miedo a caer” frente a “poco o ningún miedo”. Las diferentes metodologías

utilizadas para recabar la información relativa al miedo a caer dificultan nuevamente la comparabilidad entre estudios. A nivel internacional, la comparabilidad muestra las mismas dificultades, con estudios que presentan una gran variabilidad en cuanto a las metodologías utilizadas para cuantificar el miedo a caer y en cuanto a las técnicas de selección muestral, lo que repercute en una gran variabilidad en las cifras de prevalencia obtenidas^{6,13,18-21}.

Las variables asociadas significativamente con el miedo a caer en nuestra muestra fueron el riesgo de caídas y la presencia de síntomas depresivos. En lo que al riesgo de caídas se refiere, los sujetos con un alto riesgo presentaron 5,9 veces más probabilidades de tener miedo a caer. A la espera de futuros estudios prospectivos que investiguen la posible asociación, mencionada anteriormente, entre el miedo a caer y la ocurrencia de caídas futuras, una posible explicación a la asociación encontrada podría fundamentarse en los parámetros utilizados para cuantificar el riesgo de caídas en nuestro trabajo. Hemos encontrado evidencia científica que relaciona el miedo a caer con el historial de caídas previas^{5,16,18-20,22}, tanto con su número como con su gravedad. Este historial de caídas previas es uno de los ítems que forman parte de la escala JH Downton de riesgo de caídas utilizada en nuestro estudio. En dicha escala, el alto riesgo de caídas se corresponde con una puntuación mayor o igual a 3, siendo el resto de los elementos valorados: el estado mental, la existencia de algún déficit sensorial (uso de gafas o audífonos), el uso de dispositivos de apoyo y el uso de fármacos como antihipertensivos, diuréticos o tranquilizantes. Dadas las características de nuestra muestra (población adulta de 70 años o más), algunos de estos elementos han estado ampliamente representados, sin ir más lejos el 62,8% de los participantes estaban en tratamiento con hipotensores en el momento de realización del estudio, por lo que el historial de caídas previas podría tener un papel determinante en la categorización del riesgo de caídas jugando asimismo un papel decisivo en la asociación encontrada entre este y el miedo a caer. Los síntomas depresivos resultaron también asociados positivamente con el temor a caer, teniendo los sujetos con un resultado positivo en el subtest de depresión de Goldberg 8,5 veces más probabilidades de tener miedo a sufrir una caída. Este resultado se halla en consonancia con lo encontrado por otros autores^{14,15,20}. No se conoce con certeza la naturaleza de dicha asociación, siendo mayormente aceptada la hipótesis que establece la existencia de una asociación bidireccional entre ambas variables. El miedo a caer puede originar que los individuos limiten sus actividades diarias debido a las conductas evitativas, esto conduce a una menor integración en la comunidad, una menor interacción social y una menor capacidad funcional, lo que podría conducir a una alteración del estado de ánimo con síntomas depresivos. Por otra parte, los síntomas depresivos pueden resultar en una pérdida de confianza en uno mismo y en sus capacidades físicas, implicando asimismo un aumento del miedo a caer. No se encontró asociación entre el resto de las variables estudiadas y el miedo a caer. Es particularmente llamativo el hecho de no haber encontrado asociación entre el miedo a caer y el género de los participantes, puesto que esta asociación sí ha sido objetivada por multitud de otros autores, quienes encontraron una mayor probabilidad de padecer miedo a caer entre las mujeres^{9,16,18,20}.

A nivel metodológico, el muestreo por conveniencia, realizando la captación de los sujetos en el propio centro de salud en el contexto de una consulta ajena al estudio, presenta el gran hándicap de ocasionar que

la muestra final de nuestro estudio no sea representativa de la población general, por lo que las comparaciones que realicemos con otros estudios en lo relativo a las prevalencias de temor a caer deben ser evaluadas a la luz de este hecho, pues al excluir a la población sana, que no acude al centro de salud de manera habitual, los resultados obtenidos estarán sesgados desde un inicio. Sin embargo, de cara a la práctica clínica, este tipo de muestreo proporciona una muestra final muy representativa de la composición y casuística de una consulta habitual de enfermería en atención primaria. Las cifras de prevalencia, por ejemplo, si bien sobreestimaron los datos haciéndolos poco comparables con la población general, sí reflejarán fielmente la presencia de estas entidades en la consulta diaria y la importancia de que la enfermería de atención primaria participe activamente en su detección y abordaje. Otro factor que contribuye a que nuestra muestra sea muy representativa de la problemática atendida en una consulta de enfermería de atención primaria es la alta tasa de aceptación que presenta el estudio, de un 97,43%, lo que supone que la práctica totalidad de los sujetos que acudieron a consulta durante el período de recogida de datos y cumplían los criterios de inclusión estén representados en la muestra final.

Limitaciones

Nos vemos en la obligación de señalar asimismo 2 grandes limitaciones de nuestro trabajo. El tratarse de un estudio de corte transversal supone la limitación de no permitir conocer la direccionalidad de la asociación, siendo imposible, por tanto, establecer relaciones de causa-efecto. Por otra parte, el no disponer de un tamaño muestral grande ha ocasionado que, en ocasiones, al querer analizar subgrupos muestrales en los que cierta característica estuviese presente, resultasen grupos con un número de individuos pequeño, lo que nos obligó a la realización de test estadísticos con una potencia menor a la deseada.

CONCLUSIONES

- La prevalencia de miedo a caer en nuestra muestra fue de 65,2%.
- Tras ajustar por el resto de variables estudiadas, las variables que mostraron asociación significativa con el miedo a caer fueron el riesgo de caídas y la presencia de síntomas depresivos ■

Conflictos de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Financiación

Para la elaboración de este trabajo no se ha contado con ningún tipo de financiación externa, y los investigadores encargados de llevarlo a cabo no han recibido ningún tipo de contraprestación económica por su realización.

Agradecimientos

Los autores expresan su más sincero agradecimiento a sus tutores de la residencia de enfermería familiar y comunitaria: Esther Fernández Fernández, Nacho Couselo Fernández y Glenda Rodríguez Rodríguez por su paciencia y su acompañamiento durante todo el proceso.

BIBLIOGRAFÍA

1. Tinetti ME, Richman D, Powell L. Falls Efficacy as a Measure of Fear of Falling. *J Gerontol*. 1990;45:P239-43.
2. Lopes KT, Costa DF, Santos LF, Castro DP, Bastone AC. Prevalence of fear of falling among a population of older adults and its correlation with mobility, dynamic balance, risk and history of falls. *Rev Bras Fisioter*. 2009;13:223-9.
3. Gazibara T, Kurtagic I, Kusic-Tepavcevic D, Nurkovic S, Kovacevic N, Gazibara T, et al. Falls, risk factors and fear of falling among persons older than 65 years of age. *Psychogeriatrics*. 2017;17:215-23.
4. Lavedán A, Viladrosa M, Jürschik P, Botigué T, Nuñí C, Masot O, et al. Fear of falling in community-dwelling older adults: A cause of falls, a consequence, or both? *PLoS One*. 2018;13:e0194967.
5. Friedman SM, Munoz B, West SK, Rubin GS, Fried LP. Falls and Fear of Falling: Which Comes First? A Longitudinal Prediction Model Suggests Strategies for Primary and Secondary Prevention. *J Am Geriatr Soc*. 2002;50:1329-35.
6. Schoene D, Heller C, Aung YN, Sieber CC, Kemmler W, Freiburger E. A systematic review on the influence of fear of falling on quality of life in older people: is there a role for falls? *Clin Interv Aging*. 2019;14:701-19.
7. Kendrick D, Kumar A, Carpenter H, Zijlstra GAR, Skelton DA, Cook JR, et al. Exercise for reducing fear of falling in older people living in the community. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;(11):CD009848.
8. Step safely: strategies for preventing and managing falls across the life-course. Geneva: World Health Organization; 2021.
9. Lavedán Santamaría A, Jürschik Giménez P, Botigué Satorra T, Nuñí Orrio C, Viladrosa Montoy M. Prevalencia y factores asociados a caídas en adultos mayores que viven en la comunidad. *Aten Primaria*. 2015;47:367-75.
10. Allali G, Ayers EL, Holtzer R, Verghese J. The role of postural instability/gait difficulty and Fear of falling in predicting falls in non-demented older adults. *Arch Gerontol Geriatr*. 2017;69:15-20.
11. Díaz Vidal P, Tojo Mañá Z. Implementación de un cribado de fragilidad desde atención primaria en el Área Sanitaria de Ferrol. *Gerokomos*. 2024;35:13-8.
12. Alarcón T, González-Montalvo JL, Otero Puime A. Evaluación de los pacientes con miedo a caídas. ¿El método empleado modifica los resultados? Una revisión sistemática. *Aten Primaria*. 2009;41:262-8.
13. Legters K. Fear of falling. *Phys Ther*. 2002;82:264-72.
14. Martínez-Arnau FM, Prieto-Contreras L, Pérez-Ros P. Factors associated with fear of falling among frail older adults. *Geriatr Nurs*. 2021;42:1035-41.
15. Molés Julio P, Lavedán Santamaría A, Maciá Soler L. Prevalencia y factores del miedo a caer asociados en adultos mayores de Castellón de la Plana. *Gerokomos*. 2017;28:178-83.
16. Alcolea-Ruiz N, Alcolea-Ruiz S, Esteban-Paredes F, Beaumud-Lagos M, Villar-Espejo MT, Pérez-Rivas FJ. Prevalencia del miedo a caer y factores asociados en personas mayores que viven en la comunidad. *Aten Primaria*. 2021;53:101962.
17. Párraga Martínez I, Navarro Bravo B, Andrés Pretel F, Denia Muñoz JN, Elceguí Molina RF, López-Torres Hidalgo J. Miedo a las caídas en las personas mayores no institucionalizadas. *Gac Sanit*. 2010;24:453-9.
18. Vitorino LM, Teixeira CAB, Boas ELV, Pereira RL, dos Santos NO, Rozendo CA. Fear of falling in older adults living at home: associated factors. *Rev Esc Enferm USP*. 2017;51:e03215.
19. Lopes K, Costa D, Santos L, Castrão D, Bastone A. Prevalência do medo de cair em uma população de idosos da comunidade e sua correlação com mobilidade, equilíbrio dinâmico, risco e histórico de quedas. *Rev bras fisioter*. 2009;13:223-9.
20. Scheffer AC, Schuurmans MJ, van Dijk N, van der Hoof T, de Rooij SE. Fear of falling: measurement strategy, prevalence, risk factors and consequences among older persons. *Age Ageing*. 2008;37:19-24.
21. Boyd R, Stevens JA. Falls and fear of falling: burden, beliefs and behaviours. *Age Ageing*. 2009;38:423-8.
22. Chen WC, Li YT, Tung TH, Chen C, Tsai CY. The relationship between falling and fear of falling among community-dwelling elderly. *Medicine*. 2021;100:e26492.

Marcos Fernández-Mingo¹

Alba Soria-Andrés²

Andrea Velasco-Álvarez³

Esther Bahillo-Ruiz⁴

Lourdes Jiménez-Navascués^{4,*}

1. Enfermero. Unidad de Cuidados Intensivos. Complejo Asistencial Universitario. Hospital Universitario Santa Barbara. Soria, España.
2. Enfermera. Unidad de Hospitalización Medicina Interna. Complejo Asistencial Universitario. Hospital Universitario Santa Barbara. Soria, España.
3. Enfermera. Unidad de Diálisis. Complejo Asistencial Universitario. Hospital Universitario Santa Barbara. Soria, España.
4. Enfermera. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Valladolid. Soria, España.

*Autora para correspondencia.

Correo electrónico: lourdes.jimenez@uva.es (Lourdes Jiménez Navascués).

Recibido el 2 de mayo de 2024; aceptado el 14 de mayo de 2024.

Comunidad compasiva: modelo de intervención para abordar la soledad no deseada. Revisión bibliográfica sistemática

Compassionate communities: intervention model for dealing with unwanted loneliness. Systematic literature review

DOI: S1134-928X2024000400004

RESUMEN

La soledad no deseada, un nuevo reto para la comunidad. Objetivo: Analizar si el proyecto Ciudades y Comunidades Compasivas en la atención al mayor en situación de soledad no deseada modula su bienestar. **Metodología:** Revisión bibliográfica sistemática, según propuesta PRISMA. La búsqueda se realiza en las bases de datos: Medline, CINAHL, WOS y Cochrane Library, publicaciones entre 2018 y 2024. Se seleccionaron 12 artículos, cuya calidad metodológica se evaluó mediante el programa CASPe y se determinó el nivel de evidencia y grado de recomendación mediante la propuesta de Sackett.

Resultados: La soledad no deseada genera un impacto negativo en la calidad de vida, el bienestar y la salud de la persona. Los proyectos de Ciudades y Comunidades Compasivas que han publicado sus resultados son escasos para recomendar, con suficiente evidencia, estas iniciativas orientadas a disminuir la percepción de soledad no deseada y su repercusión en el estado de salud. No se encuentran suficientes trabajos para comparar sus resultados con las intervenciones sociosanitarias habituales. **Conclusiones:** La soledad no deseada en mayores tiene una alta prevalencia en nuestra sociedad. Las personas mayores con sentimiento de soledad no deseada tienen mayor riesgo de sufrir alteraciones o problemas de salud. Las intervenciones llevadas a cabo en el proyecto de Ciudades y Comunidades Compasivas generan buenos niveles de satisfacción y obtienen mejoras en el estado de salud de la persona. Se requieren más estudios que aporten evidencia sobre los resultados de las intervenciones promovidas por las Comunidades Compasivas.

PALABRAS CLAVE: Soledad, ciudades compasivas, calidad de vida, anciano, enfermería.

ABSTRACT

Unwanted loneliness, a new challenge for the community. **Objective:** To analyse whether the Compassionate Cities and Communities project in caring for the elderly in a situation of unwanted loneliness modulates their well-being. **Methodology:** Systematic literature review, according to PRISMA proposal. The research was carried out in the following databases: Medline, CINAHL, WOS and Cochrane Library, publications between 2018 and 2024. Twelve articles were selected, whose methodological quality was evaluated using the CASPe program and the level of evidence and degree of recommendation was determined using the Sackett proposal. **Results:** Unwanted loneliness has a negative impact on a person's quality of life, well-being and health. The Compassionate Cities and Communities projects that have published their results are too few to recommend, with sufficient evidence, these initiatives aimed at reducing the perception of unwanted loneliness and its impact on health status. There are not enough studies to compare their results with the usual social and health interventions. **Conclusions:** Unwanted loneliness in the elderly is highly prevalent in our society. Elderly people with unwanted loneliness feelings have a higher risk of suffering health problems or alterations. The interventions carried out in the Compassionate Cities and Communities project, generate good levels of satisfaction and obtain improvements in the state of the person's health. More studies are needed to provide evidence on the results of the interventions promoted by Compassionate Communities.

KEYWORDS: Loneliness, sympathy cities, quality of life, aged, Nursing.