

Modelo utilizado en el manejo de caídas en ancianos institucionalizados: un estudio de investigación-acción

Modelo em uso na gestão da queda nas pessoas idosas institucionalizadas: um estudo de investigação-ação
A model used in the management of falls in institutionalized older people: an action-research study

Ana Rita Pedrosa^I; Inês Agostinho^I; Larissa Chaves Pedreira^{II}; Marcelle Miranda da Silva^{III};
Luís Sousa^{IV,V,VI}; Rogério Ferreira^{V,VII}; Cristina Lavareda Baixinho^{I,VIII}

^ICentro de Investigação Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa (CIDNUR), Escola Superior de Enfermagem, Universidade de Lisboa. Lisboa. Portugal; ^{II}Universidade Federal da Bahia. Salvador, BA, Brazil; ^{III}Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil; ^{IV}Escola Superior de Saúde da Universidade Atlântica. Barcarena, Oeiras, Portugal; ^VComprehensive Health Research Centre. Évora, Portugal; ^{VI}RISE – Health Research Network, Porto, Portugal; ^{VII}Instituto Politécnico de Beja. Beja. Portugal; ^{VIII}Center for Innovative Care and Health Technology. Leiria, Portugal

RESUMEN

Objetivo: analizar el modelo utilizado para gestionar el riesgo de caídas en ancianos institucionalizados. **Método:** estudio de investigación-acción. Los participantes fueron ancianos, familiares, cuidadores profesionales y personal de salud. Los datos se recopilaron mediante observación, entrevistas y consulta de documentación, y se analizaron utilizando software de análisis cualitativo. Protocolo aprobado por un Comité de Ética. **Resultados:** el modelo utilizado se centra en el enfoque biomédico, valorando el riesgo físico y la intervención específica destinada a restringir la actividad. Los cuidadores formales deciden sobre las medidas preventivas tras identificar los riesgos, y conocen y utilizan los recursos de la institución para la prevención, pero estas prácticas no siempre se mantienen. El miedo a las caídas influye en las decisiones, las prácticas y los comportamientos tanto de los ancianos como de los profesionales. **Consideraciones finales:** es necesario prepararse para la institucionalización; evaluar el riesgo e implementar estrategias para prevenir el deterioro funcional.

Descriptores: Accidentes por Caídas; Hogares para Ancianos; Prevención de Accidentes.

RESUMO

Objetivo: analisar o modelo em uso na gestão do risco de queda nos idosos institucionalizados. **Método:** estudo de investigação-ação. Os participantes foram idosos, familiares, cuidadores formais e equipe de saúde. Os dados foram coletados por observação, entrevistas, consulta a documentação e analisados com recurso de software de análise qualitativa. Protocolo aprovado por uma Comitê de Ética. **Resultados:** o modelo em uso centra-se no biomédico, valorizando o risco físico e intervenção direcionada para a restrição da atividade. Os cuidadores formais decidem as medidas de prevenção após a identificação dos riscos, conhecem e utilizam os recursos da instituição para a prevenção, mas as práticas nem sempre são mantidas. O medo de queda influencia a decisão, as práticas e os comportamentos dos idosos e profissionais. **Considerações finais:** é necessário preparar a institucionalização; avaliar o risco e implementar estratégias para prevenir o declínio de funcionalidade.

Descritores: Acidentes por Quedas; Instituição de Longa Permanência para Idosos; Prevenção de Acidentes.

ABSTRACT

Objective: to analyze the model used in managing fall risk among institutionalized older individuals. **Method:** action research study. The participants were older individuals, family members, formal caregivers, and healthcare staff. Data were collected through observation, interviews, and consultation of documentation, and analyzed using qualitative analysis software. Protocol approved by an Ethics Committee. **Results:** the model in use focuses on the biomedical approach, emphasizing physical risk and targeted intervention aimed at restricting activity. Formal caregivers decide on preventive measures after identifying risks, and they are aware of and utilize the institution's resources for prevention, but these practices are not always maintained. Fear of falling influences the decisions, practices, and behaviors of both older adults and professionals. **Final considerations:** it is necessary to prepare for institutionalization, assess the risk, and implement strategies to prevent functional decline.

Descriptors: Accidental Falls; Homes for the Aged; Accident Prevention.

INTRODUCCIÓN

Las caídas se consideran un problema de salud pública¹. Sus consecuencias y las lesiones secundarias, asociadas al miedo a las caídas y a la sobreprotección de los cuidadores, aumentan la complejidad de este síndrome en las personas ancianas institucionalizadas. Debido a su mayor vulnerabilidad y grado de dependencia, son más susceptibles al deterioro funcional, al aumento de la morbilidad, a las fracturas por fragilidad y a la reducción de la esperanza de vida².

Existe un consenso general en que la prevención de caídas es un reto complejo para los ancianos, los cuidadores, los profesionales y los sistemas de salud, no solo porque su prevalencia tiende a aumentar con el envejecimiento de la población, sino también porque su aparición rara vez se debe a un único factor de riesgo¹⁻⁴. La multidimensionalidad del riesgo implica factores de los ámbitos biofisiológico, conductual y ambiental, cuya interacción contribuye a las caídas. La revisión de la literatura señala como los principales factores de riesgo: la edad, con estimaciones de que entre el 30% y el 40% de las personas mayores de 65 años sufren al menos una caída al año⁵, una cifra que aumenta hasta en un 50% entre las personas mayores de 80 años^{2,5,6}; caídas anteriores; ptofobia; alteraciones sensoriales de la visión y la audición; sexo femenino; y enfermedades crónicas y polifarmacia^{1,5,7,8}. Además, se han identificado factores cognitivos como la demencia y la depresión⁷; factores conductuales, como la adopción de comportamientos de riesgo (por ejemplo, calzado inadecuado) y la falta de anticipación de los peligros^{3,6}; factores ambientales, como la presencia de obstáculos y barreras arquitectónicas^{2,8}; y la institucionalización misma⁸.

La prevalencia de caídas en Hogares para Ancianos (HA) es mayor que en la población general. Algunos estudios indican una prevalencia del 43%⁸, justificada por la mayor fragilidad y vulnerabilidad de esta población⁴. En general, los residentes de HA tienen una edad media superior a la de las personas ancianas que viven en la comunidad, son más dependientes, toman varios medicamentos y presentan mayores deterioros cognitivos^{2,6,8}.

Un metaanálisis que evaluó la incidencia y los factores de riesgo de caídas en residentes ancianos de HA correlaciona fuertemente los siguientes factores con todos los episodios de caídas: historial de caídas, deterioro del desempeño en las actividades de la vida diaria (AVD), insomnio y depresión. Entre los factores con una correlación baja a moderada se incluyen: vértigo; necesidad de ayuda para caminar; mal equilibrio; uso de antidepresivos, benzodiazepinas, antipsicóticos y ansiolíticos; polifarmacia; demencia; marcha inestable; problemas de audición; y sexo masculino⁸.

Tras una caída, los ancianos tienen un mayor riesgo de sufrir limitaciones para realizar las AVD. Este deterioro puede persistir en el tiempo, afectando la calidad de vida³ y contribuir progresivamente a una mayor dependencia de los demás^{2,3}. Es fundamental que todos los ancianos, en particular aquellos con mayor riesgo de deterioro funcional tras una caída, tengan acceso a una evaluación integral y a intervenciones preventivas basadas en la evidencia para mitigar los impactos negativos en su funcionalidad³.

La relación entre la evaluación de riesgos y la implementación de medidas preventivas es una recomendación universal para controlar este fenómeno, mediante la eliminación o mitigación de los factores de riesgo individuales^{1,2,4,6,8}. Específicamente, en el contexto de los HA, la literatura recomienda evaluar el equilibrio, la movilidad, las afecciones médicas y la medicación prescrita⁸.

Las intervenciones preventivas incluyen la educación sanitaria, destinada a aumentar la alfabetización en salud¹, la práctica del ejercicio físico^{1,9}, seguimiento de los residentes y uso de sistemas de alarma/llamada, conciliación terapéutica y suplementación con vitamina D¹⁰. También incluyen la adaptación del entorno mediante la eliminación de obstáculos y la supresión de barreras arquitectónicas^{1,2,9} y la promoción de comportamientos seguros^{1,2,6}. Para prevenir lesiones, las estrategias sugeridas incluyen el uso de equipos de protección, como protectores de cadera, y sistemas de alarma/llamada¹⁰. Además, la formación de equipos, así como las iniciativas y el apoyo organizativo, son cruciales para la implementación de medidas preventivas⁹⁻¹¹.

Una revisión de la literatura nos permite afirmar que la investigación en esta área ha sido fructífera, con varios estudios recientes sobre el fenómeno. La iniciativa global *World Guidelines for Falls Prevention and Management for Older Adults*¹ sistematiza la evidencia disponible, con recomendaciones claras para la evaluación de riesgos, la intervención y la implementación de medidas preventivas. Sin embargo, se observa que las prácticas de los ancianos y los cuidadores para gestionar el riesgo de caídas^{2,6,10,11} en los HA siempre son basadas en la evidencia y existen varios obstáculos para su introducción en los entornos clínicos.

En vista de lo anterior, este estudio, apoyado en una metodología participativa y de coconstrucción, tiene como objetivo analizar el modelo utilizado para gestionar el riesgo de caídas entre ancianos institucionalizados en un HA en Portugal.

MÉTODO

La naturaleza del fenómeno estudiado y la preocupación por analizar los modelos utilizados en HA llevaron al equipo de investigación a optar por un método de investigación-acción longitudinal, basado en la interacción entre investigación, reflexión-acción y evaluación. La flexibilidad del método permite la interacción entre investigadores y participantes, es decir, entre el conocimiento formal e informal, la teoría y la práctica, lo que conlleva cambios reales en la forma en que las personas interactúan entre sí¹².

Este método también permite que los investigadores y las partes interesadas tomen conciencia del problema y trabajen juntos para encontrar soluciones, lo que posibilita un diálogo claro entre las "formas de hacer las cosas", las "rutinas" y la práctica basada en la evidencia, con la aplicación de un conjunto de intervenciones que identifican y resuelven problemas en

la práctica clínica¹². Igualmente, fomenta la cooperación entre los participantes para resolver problemas y facilita la transferencia de conocimientos a la práctica clínica^{12,13}. Con el problema identificado (la alta prevalencia de caídas en HA, sus consecuencias en la funcionalidad y calidad de vida del anciano y el impacto en los equipos)^{1,2,9} y una vez estudiadas las medidas preventivas, el objetivo es comprender qué modelo se utiliza en los HA para gestionar el riesgo de caídas, las barreras y los facilitadores para la introducción de la evidencia, y la sostenibilidad del cambio a lo largo del tiempo.

Existen diferentes enfoques metodológicos para los estudios de investigación-acción. Este estudio siguió el enfoque descrito por Kuhne y Quigley¹³, cuyo protocolo está organizado en tres fases y seis pasos: planificación (definición del problema, definición del proyecto, medición), acción (implementación y observación) y reflexión (evaluación y verificación de la resolución del problema)¹³.

Este artículo presenta los resultados de la primera fase — la definición del problema mediante la identificación del modelo en uso — del proyecto sobre la gestión del riesgo de caídas en ancianos institucionalizados, cuyo objetivo es promover la transferencia de evidencia a los HA. El artículo se estructuró siguiendo las recomendaciones del *Report Guideline COREQ (Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research)*¹⁴.

Dada la necesidad de comprender mejor cómo se gestiona el riesgo de caídas en contextos reales, desde su identificación hasta la implementación de medidas preventivas, se definió la siguiente pregunta inicial: ¿Cómo se gestiona el riesgo de caídas en ancianos una vez que ingresan en una institución?

Los participantes en el estudio son ancianos, sus respectivos familiares, cuidadores formales y el equipo de salud de un HA en la región de Lisboa y el Valle del Tajo, en Portugal. La institución alberga a 101 ancianos, el 54,4% de los cuales presentan deterioro cognitivo, y cuenta con 38 cuidadores formales, tres enfermeras y dos médicos.

Los datos fueron recopilados por el mismo investigador entre abril y diciembre de 2024 mediante observación, entrevistas semiestructuradas y consulta de registros sociales y de salud. Se recopilaron notas de campo, que incluían datos de reuniones de equipo, extractos de conversaciones con ancianos y profesionales, y elementos extraídos de los procesos que permitieron comprender el fenómeno en cuestión.

Además de la recopilación de datos, se celebraron varias reuniones con los participantes. Actualmente, el mismo investigador se encuentra en la fase de ejecución de la intervención codiseñada con los participantes. La fase de reflexión, que se centrará en evaluar la intervención, está prevista para el primer semestre de 2027.

Las entrevistas fueron grabadas, transcritas e insertadas en el *software* de análisis cualitativo N-Vivo®, tales como registros de observación y notas de campo. El análisis de los halazgos fue realizado por el investigador principal, quien estuvo presente semanalmente en el HA, y posteriormente validado por el equipo. Las fuentes de datos se analizaron primero individualmente y luego se triangularon para profundizar en los resultados y garantizar la comprensión del modelo utilizado. La triangulación permitió realizar comparaciones y buscar similitudes, lo que aumentó la validez de los resultados¹⁵. El proceso de codificación y validación de los resultados incluyó transcripción, lectura, codificación, definición de categorías y devolución de la interpretación a los participantes para la validación del análisis¹³.

Se asignó un código a cada participante (Persona mayor - PI, Familia - F, Cuidador formal - CF, Enfermero - E y Médico - M) y a cada fuente (Entrevista - E, Reunión de equipo - RE, Proceso - P, Observación - O). Al definir las categorías, se garantizó la representatividad, la exhaustividad, la homogeneidad y la relevancia.

El protocolo de investigación fue aprobado por un Comité de Ética en Investigación y respetó los principios éticos inherentes a este tipo de investigación, a saber, el consentimiento informado, la privacidad y la confidencialidad. Dado que se trataba de un estudio de investigación-acción, con un investigador presente regularmente en el HA, existía una preocupación adicional por garantizar el rigor y la objetividad, no imponer valores, respetar a los participantes y su individualidad, asegurar relaciones interpersonales constructivas y no poner en riesgo la integridad de los participantes bajo ninguna circunstancia.

RESULTADOS

De los 101 residentes ancianos de la institución, el 61,3% son mujeres y el 38,7% son hombres, con una edad media de 81,9 años ($\pm 6,9$), que oscila entre un mínimo de 65 y un máximo de 98 años. Del total, el 69,3% presenta un alto riesgo de caídas, y la prevalencia de caídas durante el período de estudio fue del 42,5%.

Cuidadores formales y profesionales de la salud ejercen su profesión desde hace un promedio de 16 años ($\pm 9,7\%$), y solo el 30,6% tiene formación en el área de gestión del riesgo de caídas en poblaciones ancianas institucionalizadas.

El análisis de datos nos permitió identificar las siguientes categorías: Institucionalización; Gestión de riesgos; Implementación de medidas preventivas y atención posterior a la caída, así como el tema central, que es: El miedo a caerse: el elefante en el HA.

Institucionalización

Durante el proceso de admisión, los profesionales afirman que su prioridad es comprobar si el anciano presenta alteraciones en la marcha, la fuerza muscular y/o el equilibrio, si utiliza algún tipo de ayuda para caminar y si presenta deterioro cognitivo. Se entiende que las dificultades para sentarse o ponerse de pie y la necesidad de ayuda para bañarse son factores de riesgo secundarios. El equipo de la salud evalúa el riesgo de caídas durante las primeras 48 horas mediante una escala registrada en la historia clínica; sin embargo, estos resultados no se comunican a todo el equipo ni influyen en la toma de decisiones sobre medidas preventivas.

Los propios residentes señalan que la principal preocupación de los cuidadores profesionales, e incluso la suya propia, son las personas que están confundidas, presentan agitación psicomotora o tienen dificultades para caminar. Como dijo un anciano:

Es normal que se caigan con más frecuencia; ya no pueden caminar bien, y algunos ni siquiera saben dónde están. (PI-E7)

Conscientes de que la evaluación de riesgos puede no abarcar todos los factores individuales, los profesionales creen que debería celebrarse una reunión antes de la institucionalización. En este momento, sería posible, junto con el anciano y su familia, evaluar el riesgo de caídas y adaptar el equipo necesario para su prevención, especialmente porque se constata que:

Muchos ancianos se caen durante sus primeros días aquí. El hogar presenta menos obstáculos que los que se encuentran en la casa, y ellos usan sus propios zapatos, pero aun así, nos sorprenden muchas caídas, que no son fáciles de predecir ni de controlar, porque algunas ocurren a nuestras espaldas. El anciano pasa junto a nosotros, caminando bien, y luego, 2 o 3 minutos después, se cae en el pasillo, en el dormitorio, en el baño, sin que nada lo hiciera prever. (E-CF25)

En opinión de los profesionales, un aspecto fundamental de esta preparación para la institucionalización es la posibilidad de ayudar al anciano y a su familia a elegir el calzado, la ropa y los dispositivos de asistencia que deben llevar a la institución, ya que no siempre son adecuados para garantizar una marcha segura. Uno de los miembros de la familia señala que la falta de comunicación sobre este tema ha sido evidente desde el principio, afirmando que:

Mi padre se cayó incontables veces en casa, vivía solo, y la última vez estuvo en el suelo de su habitación desde las 3 de la mañana hasta las 10 porque no podía levantarse, y ninguno de los vecinos lo oyó pedir ayuda. Por eso vino aquí. Al segundo día, se cayó en el hogar. Nunca nos hablaron de esto, así que nunca les informamos a las señoras que se caía con frecuencia, pero también notamos que no siempre nos dicen que se cae; terminamos enterándonos por él. (E-F16)

Se concluye que, en el momento del ingreso al HA, la evaluación del riesgo la realiza individualmente cada profesional, basándose en sus creencias sobre lo que contribuye al riesgo. El equipo, que incluye a el anciano y a su familia, no valora la ocurrencia de caídas previas, ni identifica las prácticas del anciano para prevenirlas.

Gestión de riesgos

A lo largo del proceso de institucionalización, la preocupación de los profesionales se centra en las personas que dependen más de otros para las AVD, aquellas con dificultades para caminar, disminución de la fuerza muscular o problemas de equilibrio. Sin embargo, algunos ancianos creen que la dependencia contribuye poco a la aparición de caídas, afirmando en sus relatos que:

Quienes no pueden hacer las cosas por sí mismos reciben más ayuda y, por lo tanto, tienen menos probabilidades de caerse. (E-PI42)

Tanto los profesionales como los ancianos entienden que valoran diferentes factores de riesgo, como queda claro en esta afirmación:

El otro día me caí y entonces me tomaron la presión arterial. Me dijeron que tenía la presión arterial alta y que por eso me caí. Pero aquí hay muchos ancianos, como yo, que tienen la presión arterial alta, pero los que más se caen son las mujeres con la presión arterial baja. (E-PI4)

Durante el período de recolección de datos, la observación (O) nos permitió verificar que los aspectos relacionados con el uso de productos de asistencia, incluidos los dispositivos de ayuda para caminar, no se valoran como un riesgo ni como una medida preventiva. Existen elevadores de asiento de inodoro que, al no estar siempre instalados, dificultan que las personas con problemas de movilidad puedan sentarse y levantarse, y que se beneficiarían de esta característica. Los sofás no se adaptan a las características antropométricas de los ancianos, ya que la mayoría son demasiado bajos, lo que impide una correcta alineación corporal (articulaciones de la cadera y la rodilla a 90°, pies apoyados y la articulación tibiotarsiana en un ángulo de 90°). Muchos ancianos se “deslizan” en los asientos porque su peso corporal no está bien distribuido en la región isquiática y los muslos, lo que reduce la superficie de apoyo del cuerpo en el asiento y dificulta ponerse de pie, lo que aumenta la probabilidad de desequilibrio (O).

Los dispositivos de ayuda para caminar a menudo no funcionan correctamente, tienen soportes de goma dañados o no están ajustados a la altura del anciano. Se observa un uso incorrecto, especialmente al sentarse y al ponerse de pie, siendo el error más común apoyarse en el bastón o las muletas en lugar de en el soporte lateral de la silla o el sillón.

Los andadores se sostienen alejados del cuerpo, lo que implica una inclinación hacia adelante, que reduce la base de sustentación. Las muletas están colocadas incorrectamente, alejadas del cuerpo, lateralmente y hacia adelante, lo que fuerza la abducción de las extremidades superiores y la inclinación del cuerpo hacia adelante, alterando el centro de gravedad y desplazándolo lejos de la base de apoyo. La base de la muleta no proporciona un apoyo completo y se observa un ángulo variable entre el apoyo y el suelo. Si la goma protectora está dañada y/o el suelo está mojado, aumenta el riesgo de que esta ayuda resbale (O).

También se descubrió que muchos ancianos usan calcetines o zapatos ajustados, lo que dificulta el retorno venoso (como lo demuestra el aumento del volumen de edema en el tercio medio y en la región tibiotarsiana) y puede interferir con la seguridad de la marcha (O). Además, se observan dificultades para aflojar y ajustar pantalones y cinturones, tareas que se realizan con interferencia en la estabilidad corporal, ya que el anciano asume una dorsiflexión pronunciada, con una base de apoyo corta y un centro de gravedad elevado (O).

Uno de los médicos entrevistados expresó la necesidad urgente de capacitar al equipo en la evaluación de riesgos y en la comprensión de la interacción de los diferentes factores que contribuyen a las caídas:

Estandarizar la evaluación y valorar a todos por igual es fundamental para prevenir accidentes y reducir su incidencia, ya que el riesgo de caídas es una realidad asociada a un número significativo de ancianos. Y a pesar de ser una realidad casi cotidiana, una constante en nuestra práctica diaria, sigue estando infravalorada. Creo que, en el fondo, siempre damos por sentado que va a suceder, y por eso tendemos a subestimarla. (M1)

La aparente infravaloración de la información sobre los factores de riesgo de caídas y la falta de comunicación de esta información entre los equipos apuntan a su minimización, incluso cuando se identifican.

Implementación de medidas preventivas

Se observa una sobrevaloración en el uso de barandillas de cama y cinturones de inmovilización como medida preventiva (O), con claras consecuencias para la autonomía e independencia del anciano. En el discurso de los profesionales y de algunos ancianos, estas medidas de restricción física se presentan como preventivas. Un anciano, refiriéndose a su compañero de cuarto, describe lo siguiente:

[...] ya no sabe lo que está haciendo e intenta levantarse muchas veces. Ahora lo tienen sujeto a la cama y a la silla con ese cinturón. Es una forma de no romper nada, ¡pero es triste que acabemos así! (E-PI3)

Un enfermero justifica esta opción por el elevado número de pacientes por cuidador y la dificultad de mantener una monitorización continua (E-E2).

Los productos de asistencia, como las barras laterales en el baño, están infravalorados y a veces los propios profesionales no los utilizan (para facilitar tareas como la limpieza), lo que impide su uso por parte de los ancianos (O).

Los propios ancianos expresan dudas sobre cómo mantenerse seguros y no adoptan de forma sistemática prácticas preventivas seguras, como por ejemplo en la elección del calzado, a veces debido a limitaciones económicas:

Los zapatos que me traje a casa hace 4 años. No puedo pedirle a mi familia zapatos nuevos porque ya les resulta difícil pagar la mensualidad, los medicamentos y los suministros para las vendas de mi pierna. (E-PI32) [la lesión en la pierna fue secundaria a una caída casi fatal por las escaleras].

Cabe señalar que, con frecuencia, el calzado lo compra un miembro de la familia, sin que la persona mayor esté presente y sin tener en cuenta las características morfológicas del pie ni la posibilidad de cambios causados por edemas en las extremidades inferiores u otras alteraciones que impedirían al anciano seguir utilizando el calzado que trajo a la institución. Una asistente confirma la dificultad:

Es difícil, muchos solo traen un par de zapatos cuando entran al hogar, las familias no vienen y tenemos que proporcionarles los que tenemos. (E-CF18) [refiriéndose a los zapatos de otros ancianos].

Otra fuente agrega que, para los pacientes en sillas de ruedas, se prefieren las chancletas porque son más fáciles de poner y quitar (E-CF1), una práctica que se observa con frecuencia en la institución. Los profesionales reflexionan sobre el papel más activo de los ancianos:

Debemos solicitar la colaboración directa del paciente, fomentando su participación [...] quizás mediante la realización de sesiones de sensibilización con aquellos que puedan colaborar, no solo para el autocuidado sino también para crear conciencia sobre situaciones en relación con otros pacientes, haciendo que cada anciano sea responsable de su propio cuidado y del cuidado de los demás. Nadie conoce mejor los hábitos de tu interlocutor que el anciano sentado en el sillón de al lado. [...] Pueden alertarse mutuamente [...] y son fundamentales para la vigilancia de los ancianos, que son menos conscientes del problema. (E-CF15)

Sin embargo, no existe consenso en cuanto a la implicación familiar, y el contacto se describe como difícil y, en ocasiones, conflictivo.

Las familias rara vez visitan la residencia, nos resulta difícil mantener contacto con ellas. Incluso cuando vienen, no muestran mucha preocupación por lo que se necesita; algunos incluso dudan de que estemos haciendo lo mejor posible; otros ni siquiera aparecen, ni les importa, pero cuando los ancianos se caen, terminan culpándonos a nosotros. (E-CF29)

Todos los participantes coinciden en la necesidad de recibir formación sobre caídas y de contar con un protocolo de actuación.

Tras una caída, es necesario contactar con el equipo de salud para que evalúe a la persona y documente el incidente. Se incrementa la vigilancia y la asistencia en la realización de las AVD. Con frecuencia, algunos cuidadores, e incluso otros ancianos, advierten verbalmente a los ancianos que permanezcan sentados y eviten moverse sin supervisión. El análisis de los datos nos permite concluir que esta sobreprotección limita la movilidad y alimenta el miedo a caerse, no solo en quienes se han caído, sino también en otros ancianos que escuchan el mensaje "no te levantes porque podrías caerte" (O).

El miedo a caerse: el elefante en el HA

La exploración de las palabras más frecuentes en las entrevistas y el diario de campo se representa en la Figura 1 y nos permite verificar que el miedo tiene una expresión significativa.



Figura 1: Nube de palabras. Desarrollado en Venngage®. Lisboa, Portugal, 2025.

Es importante aclarar que el miedo a caerse no se aborda como un factor de riesgo en el discurso de los participantes. Algunos adultos mayores lo consideran un factor protector que les ayuda a tomar decisiones más seguras.

Me caí y me rompí un dedo del pie, me pusieron una férula y tuve mucha dificultad para caminar. Después de que me quitaran la férula, tuve que hacer fisioterapia. Tengo tanto miedo de volver a caerme que evito hacer muchas cosas [...] cuando voy al baño siempre compruebo que el suelo esté seco, nunca uso las escaleras. (E-PI15)

Veo qué hace que otros caigan y, como tengo miedo de que me pase a mí, evito cometer los mismos errores. (E-PI39)

Otros lo asocian con el miedo a perder la independencia y la autonomía, lo que les lleva a ocultar incidentes:

El otro día me resbalé en el baño, pero no se lo dije a nadie. Me aterra caerme, pero si digo que ando tropezando, no me dejan hacer cosas, y tengo miedo de perder la poca autonomía que me queda. (E-PI21)

En el discurso de los profesionales, este temor adopta diferentes formas. Aparece asociado con las consecuencias de las caídas en los ancianos, pero también con el temor de que el accidente pudiera ocurrir durante su turno, acompañado de sentimientos de culpa:

Sabemos que una caída puede ser fatal para ellos, porque si se fracturan algo y tienen que ir al hospital, regresan más dependientes que antes y rara vez logran volver a caminar correctamente. (E-CF23)

Todos tememos que pueda ocurrir una caída durante nuestro turno; siempre nos sentimos responsables de que nos pase a nosotros, especialmente cuando alguien resulta herido; siempre es molesto, siempre pensamos que de alguna manera tenemos la culpa. (E-CF8)

Finalmente, se expresa preocupación por la reacción de la familia y las posibles consecuencias legales para los profesionales y la institución:

El otro día oí a los empleados hablando entre ellos; la señora María se cayó, se rompió la pierna y fue al hospital. La familia amenazó con presentar una queja contra el hogar de ancianos; todos tenían la denuncia, pero no tenían ninguna culpa. Siempre le dicen que llame cuando necesite ir al baño para que puedan ayudarla, pero ella insiste en ir sola y sin su bastón. (E-PI11)

Cabe destacar que el uso de restricciones físicas y las constantes advertencias para que no se mueva son prácticas basadas en el temor de los cuidadores a que se produzca una caída. Se concluye que el miedo a las caídas es un aspecto central en los HA, ya que determina las intervenciones, media las relaciones y puede influir en el aumento de su prevalencia. La figura 2 representa gráficamente el modelo utilizado para la gestión del riesgo de caídas en el HA.

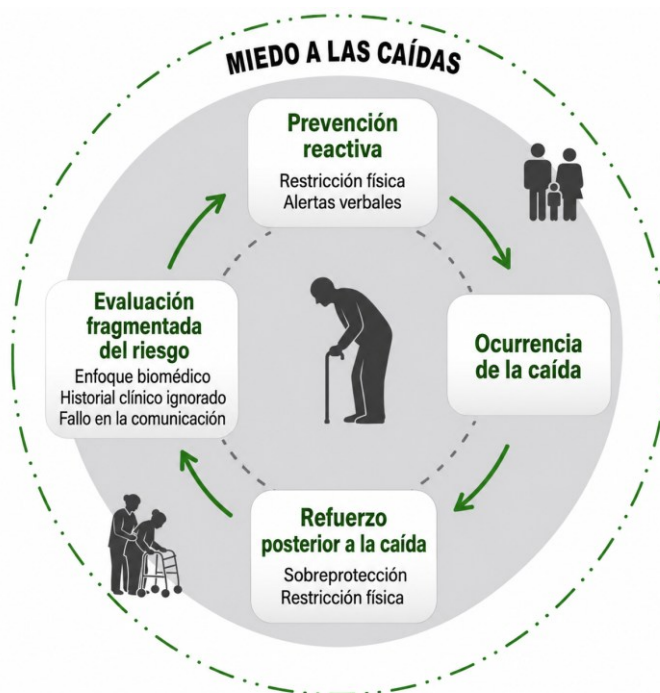


Figura 2: Modelo utilizado en el manejo de caídas en ancianos institucionalizados. Lisboa, Portugal, 2025.

DISCUSIÓN

Esta investigación analizó el modelo utilizado en la gestión del riesgo de caídas en un HA, revelando un enfoque reactivo, basado en el modelo biomédico y regido por un temor organizacional implícito, una dimensión poco explorada en la literatura. El análisis de estos hallazgos se estructura en torno a sus aspectos más significativos: la disonancia entre el modelo de gestión y la evidencia, las fallas sistémicas en el proceso de evaluación de riesgos y, como contribución más innovadora, el papel del miedo como principio organizador de las prácticas.

En cuanto a la primera categoría que surgió del análisis de los resultados, la "institucionalización", los resultados demuestran que la identificación inicial de factores de riesgo, como alteraciones de la marcha y deterioro cognitivo, concuerda con la evidencia internacional que los valida⁸. Sin embargo, el proceso de evaluación, aunque se basa en un protocolo, como se verifica en los registros clínicos, resulta ser un acto aislado cuyos resultados no se difunden entre todo el equipo ni se integran en el plan de atención. Esta práctica se aparta notablemente de las directrices internacionales, que abogan por una evaluación exhaustiva y comunicada sistemáticamente para respaldar la toma de decisiones^{1,3}. Este estudio va más allá al demostrar cómo este fallo en la comunicación perpetúa la gestión de riesgos basada en las creencias individuales de los profesionales en lugar de en la evidencia. Asimismo, la devaluación del historial de caídas, un hallazgo crucial que se destaca en los resultados, representa una disonancia fundamental con la evidencia científica, que lo establece como uno de los predictores más sólidos de futuras caídas^{8,9,16}.

En lo que respecta a la gestión continua del riesgo, el énfasis que el equipo pone en la dependencia física como factor de riesgo coincide, de hecho, con la literatura^{8,17}. Sin embargo, el estudio revela una discrepancia significativa entre el riesgo percibido por los profesionales y los riesgos reales y multifactoriales registrados mediante la observación. El uso incorrecto de ayudas para caminar y el mobiliario inadecuado, por ejemplo, constituyen factores de riesgo ambientales y conductuales ampliamente documentados^{2,3,6,8} pero que, en el contexto estudiado, se pasan por alto. Esta falta de atención a los factores de riesgo modificables¹⁸ representa una deficiencia en la prestación de cuidados y demuestra una oportunidad para la intervención.

Los autores señalan que las estrategias eficaces de prevención de caídas requieren comprender y controlar las características asociadas a un mayor riesgo, incluidas las características inmutables (datos demográficos), las difíciles de modificar (ubicación geográfica) y las potencialmente modificables (estado de salud y condiciones funcionales). El desarrollo y la implementación de estrategias basadas en la evidencia para abordar las características modificables pueden reducir el riesgo de caídas¹⁸.

El alcance de las medidas preventivas revela la divergencia más flagrante con respecto a la evidencia científica actual. Esta observación, confirmada por las entrevistas, demuestra un énfasis excesivo en la restricción física como estrategia principal. Esta práctica contradice directamente las directrices y las investigaciones que demuestran los efectos iatrogénicos de la restricción y promueven, en cambio, intervenciones multicomponente como el ejercicio físico, la formación del personal y la adaptación del entorno^{1,9,10,11}. Mientras la literatura internacional avanza en la implementación de culturas de atención sin restricciones^{1,19}, los resultados de este estudio sugieren que la práctica observada se mantiene dentro de un paradigma de seguridad reactivo, lo que da lugar a un ciclo de inmovilidad y mayor dependencia. Es necesario reforzar la formación y capacitación de los equipos para reducir o eliminar por completo las prácticas que restringen la movilidad, especialmente para los empleados nuevos^{1,11,19}. El *practice-based learning* (aprendizaje basado en la práctica) (PBL) puede ser un recurso pedagógico importante porque contribuye a la comprensión y la responsabilidad profesional, ofreciendo oportunidades para aprender nuevas habilidades, perfeccionar las organizaciones y alinear los sistemas de salud pública con las prácticas deseadas¹⁹.

La contribución más innovadora de este estudio al debate científico reside en identificar el miedo a las caídas como el "elefante en la habitación", no solo como un factor de riesgo intrínseco para los ancianos (ptofobia), sino como un modelo subyacente de gestión organizativa. Si bien los resultados corroboran la literatura al identificar el miedo en los ancianos como un modulador del comportamiento, lo que puede conducir a la restricción de la actividad^{2,5,6}, por otro lado, la investigación avanza al descubrir, a través de entrevistas, un temor sistémico entre los profesionales. El miedo se manifiesta en los cuidadores, a través del temor a la responsabilización y las consecuencias legales, lo que les lleva a adoptar prácticas restrictivas, y en los ancianos, que a veces ocultan incidentes para que no vean aún más limitada su autonomía. El miedo, tanto en el anciano como en su familia y entre los profesionales, tiene un impacto directo en las decisiones y conductas clínicas, y contribuye a comprender la compleja dinámica de la prevención de caídas en entornos institucionales^{19,20}. Este hallazgo sitúa, por lo tanto, el estudio dentro de una perspectiva original, que se aparta de la literatura convencional, la cual tiende a centrarse en los protocolos y los factores de riesgo clínicos, subestimando el impacto de la cultura organizacional y las emociones de los cuidadores como barreras para la implementación de la evidencia.

En resumen, los resultados confirman que las prácticas en el HA estudiado se desvían de las recomendaciones basadas en la evidencia, un fenómeno documentado en otros contextos^{10,11}. Sin embargo, la fuerza de esta investigación radica en su metodología de investigación-acción, que le permitió descubrir no solo *qué* (la disonancia), pero el *porqué* de esta disonancia, al señalar el miedo y los fallos sistémicos en la comunicación como barreras fundamentales para la implementación de un modelo de atención preventivo y verdaderamente centrado en la persona.

Limitaciones del estudio

El estudio presenta limitaciones asociadas al método de investigación-acción. Los datos obtenidos en un contexto muy específico no pueden replicarse. Sin embargo, la triangulación de diversas fuentes aumentó la validez del estudio y proporciona una visión más integral del mismo.

Adicionalmente, los hallazgos de este estudio se limitan a su contexto y, por lo tanto, no son generalizables. Sin embargo, estas limitaciones en cuanto al rigor con el que se llevó a cabo la investigación permiten transferir los resultados a contextos similares y el debate sobre este fenómeno.

CONSIDERACIONES FINALES

Se considera que se ha logrado plenamente el objetivo de analizar el modelo utilizado para gestionar el riesgo de caídas en ancianos institucionalizados, concluyendo que el modelo predominante es reactivo, se centra en un enfoque biomédico y se basa en la restricción de la movilidad. La gestión de riesgos ha demostrado ser un proceso fragmentado, con fallos sistémicos en la comunicación y en la aplicación de la evaluación, lo que perpetúa una importante discrepancia entre las prácticas cotidianas y la evidencia científica.

La contribución más significativa de esta investigación radica en identificar el miedo —no solo el miedo del anciano (ptofobia), sino un miedo organizacional compartido por profesionales y familias— como el elemento central y subyacente que rige la cultura del cuidado. Este temor al fracaso y a sus consecuencias (culpabilización, litigios) actúa como principal barrera para la implementación de estrategias preventivas y de empoderamiento, favoreciendo en cambio una cultura de sobreprotección y restricción. Por lo tanto, superar esta situación requiere algo más que

implementar nuevos protocolos; implica un cambio de paradigma centrado en la capacitación de los equipos y la deconstrucción de esta cultura del miedo.

Si bien los resultados no son generalizables debido a la naturaleza de este estudio de caso único, la profundidad del análisis permite su transferencia a contextos similares. La metodología de investigación-acción fue fundamental para descubrir estas dinámicas y sienta las bases para la siguiente fase del proyecto: la co-construcción e implementación de intervenciones centradas en las barreras aquí identificadas. En resumen, este estudio demuestra que, para gestionar eficazmente el riesgo de caídas, es imprescindible gestionar primero el miedo que lo rodea.

REFERENCIAS

1. Montero-Odasso M, van der Velde N, Martin FC, Petrovic M, Tan MP, Ryg J et al. World guidelines for falls prevention and management for older adults: a global initiative. *Age Ageing*. 2022 [cited 2025 Aug 21]; 51(9):afac205. DOI: <https://doi.org/10.1093/ageing/afac205>.
2. Baixinho CRSL, Dixe MDACR, Henriques MAP. Falls in long-term care institutions for elderly people: protocol validation. *Rev Bras Enferm*. 2017 [cited 2025 Aug 21]; 70(4):740-6. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0109>.
3. Adam CE, Fitzpatrick AL, Leary CS, Ilango SD, Phelan EA, Semmens EO. The impact of falls on activities of daily living in older adults: a retrospective cohort analysis. *PLoS One*. 2024 [cited 2025 Aug 21]; 19(1):e0294017. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0294017>.
4. Yang ZC, Lin H, Jiang GH, Chu YH, Gao JH, Tong ZJ, et al. Frailty is a risk factor for falls in the older adults: a systematic review and meta-analysis. *J Nutr Health Aging*. 2023 [cited 2025 Aug 21]; 27(6):487-595. DOI: <https://doi.org/10.1007/s12603-023-1935-8>.
5. Gürlür H, Bayraktar N. The effectiveness of a recurrent fall prevention program applied to elderly people undergoing fracture treatment. *Int J Orthop Trauma Nurs*. 2021 [cited 2025 Aug 21]; 40:100820. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijotn.2020.100820>.
6. Lavareda Baixinho C, Dixe MA. ¿Cuáles son las prácticas y comportamientos de los mayores institucionalizados para prevenir las caídas? *Index Enferm*. 2017 [cited 2025 Aug 28]; 26(4):255-9. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962017000300004&lng=es.
7. Trevisan C, Ripamonti E, Grande G, Triolo F, Ek S, Maggi S et al. The association between injurious falls and older adults' cognitive function: the role of depressive mood and physical performance. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2021 [cited 2025 Aug 28]; 76(9):1699-706. DOI: <https://doi.org/10.1093/gerona/glab061>.
8. Shao L, Shi Y, Xie XY, Wang Z, Wang ZA, Zhang JE. Incidence and risk factors of falls among older people in nursing homes: systematic review and meta-analysis. *J Am Med Dir Assoc*. 2023 [cited 2025 Aug 28]; 24(11):1708-17. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2023.06.002>.
9. Miura T, Kanoya Y. Fall risk assessment and prevention strategies in nursing homes: a narrative review. *Healthcare*. 2025 [cited 2025 Aug 21]; 13(3):357. DOI: <https://doi.org/10.3390/healthcare13040357>.
10. Albasha N, Curtin C, McCullagh R, Cornally N, Timmons S. Staff's insights into fall prevention solutions in long-term care facilities: a cross-sectional study. *BMC Geriatr*. 2023 [cited 2025 Aug 21]; 23(1):738. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12877-023-04435-7>.
11. Baixinho CL, Dixe MA. Team practices in fall prevention in institutionalized elderly people: Scale design and validation. *Texto Contexto Enferm*. 2017 [cited 2025 Aug 21]; 26:e2310016. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-07072017002310016>.
12. Silva EJC, Morais ER, Figueiredo MDLF, Tyrrell MAR. Pesquisa-ação: concepções e aplicabilidade nos estudos em enfermagem. *Rev. Bras. Enferm*. 2011 [cited 2025 Aug 28]; 64:592-5. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672011000300026>.
13. Kuhne GW, Quigley BA. Understanding and using action research in practice settings. In: Kuhne GW, Quigley BA. *Creating practical knowledge through action research: posing problems, solving problems, and improving daily practice*. San Francisco, CA, USA: Jossey-Bass Publishers; 1997. pp. 23-40.
14. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. 2007 [cited 2025 Aug 28]; 19(6):349-57. DOI: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>.
15. Renz SM, Carrington JM, Badger TA. Two strategies for qualitative content analysis: an intramethod approach to triangulation. *Qual Health Res*. 2018 [cited 2025 Aug 21]; 28(5):824-31. DOI: <https://doi.org/10.1177/1049732317753586>.
16. Zhou J, Liu B, Qin MZ, Liu JP. A prospective cohort study of the risk factors for new falls and fragility fractures in self-caring elderly patients aged 80 years and over. *BMC Geriatr*. 2021 [cited 2025 Sep 1]; 21(1):116. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02043-x>.
17. Ramírez MH, Flores CAJ, Alvarado MRB, Delgado IL, Tarabay JAB. Valoración de la dependencia funcional en adultos mayores asociado a riesgo de caídas en el hogar. *Horiz. Sanitário*. 2020 [cited 2025 Sep 1]; 19(1):153-65. DOI: <https://doi.org/10.19136/hs.a19n1.3546>.
18. Bergen G, Stevens MR, Kakara R, Burns ER. Understanding modifiable and unmodifiable older adult fall risk factors to create effective prevention strategies. *Am J Lifestyle Med*. 2019 [cited 2025 Sep 1]; 15(6):580-9. DOI: <https://doi.org/10.1177/1559827619880529>.
19. Izadi-Avanji FS, Safa A, Abedzadeh-Kalahroudi M, Shaterian N. Fear of falling and its related factors in older adults following a fall in Kashan, Iran (2023-2024). *BMC Geriatr*. 2024 [cited 2025 Sep 1]; 24(1):965. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12877-024-05560-7>.
20. Baixinho CL, Marques-Vieira C, Sousa L, Abrantes A, Conceição N, Martins A et al. Falls efficacy scale - formal caregivers: adaptation and validation in Portuguese nursing homes. *Geriatr Nurs*. 2025 [cited 2025 Sep 1]; 61:113-20. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2024.10.060>.



Contribuciones de los autores

Concepción, C.L.B e I.A.; metodología, C.L.B, A.R.P., L.C.P., M.M.S., L.S., R.F. y I.A.; software, C.L.B e I.A.; validación, C.L.B, L.C.P., M.M.S., L.S. y R.F.; análisis formal, C.L.B e I.A.; investigación, C.L.B, A.R.P. y I.A.; recursos, C.L.B.; curaduría de datos, C.L.B e I.A.; redacción, C.L.B, A.R.P., L.C.P., M.M.S., L.S., R.F. y I.A.; revisión y edición, C.L.B, A.R.P., L.C.P., M.M.S., L.S., R.F. y I.A.; visualización, C.L.B, A.R.P., L.C.P., M.M.S., L.S., R.F. y I.A.; supervisión, C.L.B., L.S e R.F.; administración del proyecto, C.L.B.; adquisición de financiación, C.L.B. Todos los autores leyeron y aceptaron la versión final del manuscrito.

Uso de herramientas de inteligencia artificial

Los autores declaran que no se utilizaron herramientas de inteligencia artificial en la composición del manuscrito *“Modelo utilizado en el manejo de caídas en ancianos institucionalizados: un estudio de investigación-acción”*.