

FUNDACIÓN **MAPFRE**

Estudio de la accidentabilidad de las personas mayores fuera del hogar

Febrero 2011

Instituto de Prevención,
Salud y Medio Ambiente

con **MAYOR**
CUIDADO



PREVENCIÓN
DE RIESGOS
EN PERSONAS
MAYORES

ESTUDIO DE LA ACCIDENTABILIDAD DE LAS PERSONAS MAYORES FUERA DEL HOGAR

Febrero 2011

FUNDACIÓN MAPFRE



Fuentes mixtas
Producto proveniente de bosques bien
gestionados y otras fuentes controladas

Elaboración del informe ejecutivo:

Alfredo del Campo Martín
Sociólogo. Sociología y Comunicación, S.L.

Coordinación:

Yolanda Minguenza Sebastián
Subdirectora del Instituto de Prevención, Salud y Medio Ambiente. FUNDACIÓN MAPFRE
Jesús Vicente Hernández Hueros
Instituto de Prevención, Salud y Medio Ambiente. FUNDACIÓN MAPFRE

Fecha:

Febrero 2011

© FUNDACIÓN MAPFRE
Paseo de Recoletos, 23. 28004 Madrid (España)
Teléfono: 91 581 26 03
www.fundacionmapfre.com

ISBN: 978-84-9844-280-9
Depósito Legal: M-6781-2011

Impreso en LUFERCOMP, S.L.
Diseño cubierta: TDH

Se autoriza la reproducción parcial de la información contenida en este estudio siempre que se cite su procedencia.

INDICE

I. PRESENTACIÓN	6
II. OBJETIVOS	7
III. METODOLOGÍA	8
a) Fase preliminar	8
b) Fase segunda: Encuesta de Opinión	9
c) Fase final	9
IV. RESUMEN EJECUTIVO	10
V. INFORME: ESTUDIO DE LA ACCIDENTABILIDAD DE LAS PERSONAS MAYORES FUERA DEL HOGAR	12
1. Introducción	12
1.1 La magnitud de la accidentabilidad fuera del hogar. Estudios y epidemiología.....	13
1.2 La Ciudad y el entorno ambiental de las personas mayores.	13
1.3 La prevención y atención a los accidentes; infraestructuras, programas asistenciales y cuidados médicos.....	14
1.4 Los condicionantes personales de los mayores.....	15
1.5 Impacto y consecuencias de la accidentabilidad.....	16
2. Encuesta de Accidentabilidad	18
2.1 Descripción y características de la muestra.....	18
2.2 Morbilidad de las personas mayores.....	20
2.2.1 Autopercepción del estado de salud.	20
2.2.2 Morbilidad observada.	21
2.2.3 Limitación por enfermedad o dolencia.....	24
2.3 Tratamientos.	27
2.4 Movilidad.....	28
2.5 Hábitos de Vida.....	32
2.6 Actividad cotidiana.	36

2.7 Accidentabilidad.....	38
2.7.1 Incidencia.....	38
2.7.2 Tipos y características de los accidentes.....	41
2.7.3 Motivos de los accidentes.....	42
2.7.4 Consecuencias de los accidentes.....	43
2.8 Actitudes ante la seguridad y los accidentes.....	46
VI. CONCLUSIONES	51
VII. ANEXOS	53
1. Referencias bibliográficas y fuente	53
2. Índice de figuras	55
3. Índice de tablas	56
4. Glosario de términos	57
5. Cuestionario	58

I. PRESENTACIÓN

FUNDACIÓN MAPFRE en el marco de la campaña “*CON MAYOR CUIDADO*” orientada a la prevención de accidentes en personas mayores, viene desarrollando una serie de actividades, unas directas entre las que se encuentran charlas educativas dirigidas a los mayores, a los profesionales y cuidadores que trabajan con ellos y otras actuaciones orientadas a la investigación, entre las que destaca la realización de estudios socio-epidemiológicos relacionadas con este colectivo. Los accidentes y en concreto las caídas en personas mayores, suponen un problema de Salud Pública, ya que afectan a un importante número de personas que va en aumento tanto por el proceso de envejecimiento poblacional, como por el incremento de las condiciones de riesgo. Diversos estudios han mostrado cifras de prevalencia de caídas en personas mayores que van desde un 14% a un 50% dependiendo del grupo de edad.

Las consecuencias de esta accidentabilidad de las personas mayores se traducen en importantes tasas de morbi-mortalidad y en deterioro de la calidad de vida propia y de sus familiares, además de un considerable gasto económico derivado del tratamiento y asistencia sanitaria recibida. En consecuencia, se hace necesario estudiar en profundidad esta realidad, que posiblemente esté infra-diagnosticada al permanecer oculto un gran volumen de accidentes, ya sean domésticos y/o fuera del hogar, de los que no se tienen datos. Es precisamente en los que son fuera del hogar, en los que se requiere más información, ya que intervienen otros condicionamientos de riesgo y de seguridad del entorno, además de la situación física objetiva de salud y de movilidad, que pueden ser claramente distintas de las situaciones que se dan dentro del hogar. Desde 2008 FUNDACION MAPFRE, a través la campaña “*CON MAYOR CUIDADO*” fomenta la prevención de los accidentes domésticos, habiendo observado que las causas de identificación son más fáciles de detectar cuando se producen en el domicilio.

A través de este informe FUNDACIÓN MAPFRE presenta los resultados de una **encuesta sociológica** realizada entre personas mayores de 65 años. Se podrá con ella valorar la magnitud y las características de los accidentes que tienen las personas mayores fuera de sus hogares, al tiempo que se podrán analizar también las consecuencias y los posibles factores que predisponen. Esperamos que todo ello sirva para adoptar las medidas preventivas oportunas por parte de todos los implicados con este colectivo. Se amplía con este estudio la información que sobre seguridad en el ámbito doméstico FUNDACIÓN MAPFRE publicó en el año 2008 a nivel nacional y en el 2009 en la Comunidad de Madrid.

Para mayor información sobre los mencionados estudios se puede consultar la página web de la campaña www.conmayorcuidado.com

II. OBJETIVOS

El objetivo general del estudio es disponer de un amplio sistema de información sobre las personas mayores de 65 años y su relación con los accidentes fuera del hogar, con la finalidad de poder adoptar medidas preventivas que los eviten o los aminoren.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Conocer la incidencia de los accidentes sufridos en entornos externos al hogar durante el último año:
 - ~ Volumen y cifras de accidentes.
 - ~ Tipo de accidente.
- Recoger las consecuencias y analizar las relaciones con las diferentes variables sociodemográficas y el estado de salud.
 - ~ Las características sociodemográficas de las personas mayores (variables de análisis): edad, sexo, Comunidad Autónoma, tamaño de municipio, estado civil, estructura y composición familiar, grado de educación/formación.
 - ~ La salud: Morbilidad percibida, patologías/trastornos, grado de limitación por dolencias o enfermedades, tratamientos farmacológicos.
 - ~ El grado de movilidad y de actividad social (ocio, tiempo libre, viajes y participación en la vida social). Los equipamientos de ayuda a la movilidad.
 - ~ Los hábitos de vida: Factores de riesgo (tabaco, dieta alimenticia, sedentarismo). Grado de ejercicio y movilización.
- Conocer los condicionantes ambientales del entorno del accidente, así como sus consecuencias y revisar algunos aspectos de la accidentabilidad doméstica o dentro del hogar.
 - ~ Características del accidente.
 - ~ Consecuencias clínicas del accidente y pronóstico.
- Analizar las actitudes de las personas mayores ante la prevención y los accidentes. Clasificación en grupos tipológicos (cluster analysis).

III. METODOLOGÍA

El estudio se ha realizado a través de dos fases: una primera fase preliminar de tipo cualitativo y documental que ha permitido fundamentar en la segunda fase, una encuesta de recogida de datos cuantitativos y una fase final que ha evaluado los resultados.

A) FASE PRELIMINAR:

- Formación de un **Comité Asesor** cuya misión ha sido la de evaluar los resultados finales obtenidos y los contenidos básicos del estudio. Este Comité ha estado formado por:
 - ~ Jesús María López Arrieta. Responsable de Geriátría del Hospital de Canto Blanco, Madrid.
 - ~ Raquel Manjavacas Blanco. Directora Gerente Confederación Española de Organización de Mayores (CEOMA).
 - ~ Antonio Martínez Maroto, Jefe de Area del Plan Gerontológico del IMSERSO.
 - ~ José Manuel Ribera Casado. Catedrático-emérito de Geriátría de la Universidad Complutense de Madrid.
 - ~ Pilar Serrano Garijo. Jefa del Departamento de Programación, Evaluación y Desarrollo. Dirección General de Mayores. Área de Gobierno de Familia y Servicios Sociales. Ayuntamiento de Madrid.
- **Trabajo en Gabinete:** Se recogieron y analizaron las principales estadísticas e informes ya elaborados en torno a la accidentabilidad de las personas mayores y de los datos de morbi-mortalidad de este colectivo.
- Realización de **8 entrevistas en profundidad** con expertos con el fin de obtener una visión o evaluación cualitativa de esta realidad, de sus condicionantes sociales, demográficos, clínicos y ambientales. Estas entrevistas, de tipo cualitativo, permitieron ir detectando y matizando los ítems y preguntas que se incorporaron al cuestionario de la encuesta, así como los “discursos” realmente determinantes. Las entrevistas se realizaron a:
 - ~ 3 médicos geriatras.
 - ~ 2 médicos de urgencias.
 - ~ 2 representantes de Administraciones públicas.
 - ~ 1 representante de asociación de pacientes/tercera edad.

B) FASE SEGUNDA: ENCUESTA DE OPINIÓN

Se ha realizado una encuesta de opinión a partir de una muestra representativa de la población residente en España de más de 65 años de edad con las siguientes características técnicas:

FICHA TÉCNICA:

- **Universo:** Población residente en España de 65 y más años de edad (Aproximadamente 7.600.000)*
- **Muestra:** Se han realizado **1.732 entrevistas**. El tamaño de la muestra se determinó por el nivel de error máximo admitido en los resultados y en la posibilidad de obtener suficiente significación estadística en las submuestras resultantes al segmentar la muestra total por variables. Este nº de entrevistas supone el 12,4% del total de llamadas que se requirieron realizar (13.957) para obtener la muestra final con las proporciones previamente determinadas (Comunidad Autónoma, edad, sexo y tamaño de municipio).
- **Margen de error:** $\pm 2,4\%$. Nivel de confianza: 95,5% ($K=2$) en las condiciones de máxima incertidumbre ($p=q=50\%$).
- **Tipo de entrevista:** **Telefónica** mediante sistema CATI (*Computer Assisted Telephone Interview*).
- **Distribución:** **Estratificación** por Comunidades Autónomas y grupos de edad, según su distribución proporcional en estos estratos (Fuente: INE, Censo de Población y viviendas, 2001).
- **Selección:** Totalmente **aleatoria** a partir de una base de datos de hogares con población de 65 y más años de edad. Se procedió al control de las desviaciones de la muestra estableciendo unas **cuotas obligatorias** de sexo/edad en el total de la muestra y verificando la distribución según el tamaño del municipio de residencia. La última unidad de muestreo fueron los individuos que cumplían el criterio de inclusión: personas de 65 y más años de edad que convivan en el hogar.
- **Cuestionario:** (Se adjunta en el ANEXO 4). Elaborado "*ex profeso*" a partir de la fase preliminar y de los antecedentes del estudio. Fue adaptado para entrevista telefónica (CATI) y valorado para no sobrepasar los 15 minutos de duración promedio. En situaciones de incapacidad, en las que no se estaba en condiciones de comprender la entrevista, la persona que respondía era normalmente el familiar a su cargo. Este hecho se produjo en 133 entrevistas (7,7%).
- **Trabajos de Campo:** Realizado por un equipo de entrevistadores telefónicos con sistemas automatizados asistidos por ordenador; sistema CATI (selección de la muestra, llamadas, filtros, preguntas, grabación de respuestas y tabulación preliminar), durante los meses de marzo y abril de 2010.
- **Tratamiento de datos:** La encuesta dio lugar a un fichero de datos y una tabulación estadística consistente en las distribuciones de frecuencia (n y %) de todas las preguntas del cuestionario cruzadas con todas las variables de clasificación según un plan de explotación estadística previamente determinado. El tratamiento incluyó la realización de los test de significación estadística necesarios para la comparación de variables, (Chi2, t de Student...) así como los análisis de tipo multivariable que se consideraron (cluster analysis).
- **Análisis e informes:** la encuesta ha sido realizada por la empresa **Sociología y Comunicación S.L.** que analizó los resultados de las fases preliminares y de la encuesta de opinión y ha elaborado el presente Informe con las conclusiones, cuadros estadísticos y gráficos. Dirección técnica: Alfredo del Campo Martín. Sociólogo.
- **Revisión Técnica:** desde FUNDACIÓN MAPFRE la revisión técnica ha sido realizada por Yolanda Minguez Sebastian, por Jesús Vicente Hernández Hueros del Instituto de Prevención, Salud y Medio Ambiente y por José Ramón Campos Dompredo de MAPFRE FAMILIAR.

C) FASE FINAL.

Reunión final del Comité Asesor constituido en la Fase Preliminar con el objeto de valorar la información y documentación final que aporta el estudio.

* A lo largo del presente informe, se utilizará también el término coloquial de "mayores de 65 años", aunque técnicamente se trate de población de 65 y más años.

IV. RESUMEN EJECUTIVO

Aunque sobre las personas mayores y sus accidentes se ha dicho y escrito mucho creemos que los datos que aquí se presentan suponen una innovación en las aproximaciones al estudio de la accidentabilidad de las personas mayores fuera del hogar realizadas hasta el momento. En primer lugar porque se trata de un **estudio específicamente diseñado para conocer la magnitud y las características de los accidentes que se producen “fuera del hogar”**. Hasta ahora este apartado era sólo una componente más de la accidentabilidad estudiada. En segundo lugar porque **se trata de un estudio de ámbito nacional**, no localizado en un área o región concreta, y en tercer lugar por tratarse de una **amplia muestra** de 1732 personas mayores de 65 años de edad.

La encuesta es representativa de la población de más de 65 años de edad y se han tenido en cuenta las distintas variables; los ámbitos rurales o urbanos de residencia, las distintas Comunidades Autónomas, el estado civil, la convivencia con familiares, el nivel de formación o la disponibilidad de cuidadores además, lógicamente, de los distintos grupos de edad y el sexo.

Entre los resultados más destacados del estudio destacan los siguientes:

En España se **accidentan** fuera del hogar casi 1.000.000 personas mayores al año, y se generan 1.500.000 accidentes. **Esto supone una tasa de accidentabilidad del 12,8% de la población de más de 65 años de edad**. Se accidentan más las mujeres (16,3%) y las personas de entre 71 y 75 años de edad (15%). También hay una elevada correlación con el grado de limitación producido por enfermedades o dolencias, con el número de pastillas que toman de promedio al día, con un bajo nivel de formación (14%) y sobre todo, con el hecho de vivir sólo (16%). Estos datos de la encuesta concuerdan con muchos de los estudios de epidemiología más rigurosos en cuanto al planteamiento estadístico de los mismos.

El **perfil de los accidentes** de las personas mayores fuera del hogar responde **principalmente a caídas (81%)**, en las aceras de las calles, debido a tropezones con el bordillo o resbalones por el suelo mojado. En el 62% de los accidentes registrados, la persona mayor iba sola.

Los accidentes declarados han tenido importantes consecuencias. En el 21% de los accidentes se produjo un ingreso en urgencias hospitalarias. El 12% fueron atendidos en ambulatorios o centros de salud. Se han realizado intervenciones quirúrgicas en el 7% de los accidentes. Requiritieron tratamientos de rehabilitación el 25% de los casos, con una duración media de 37 días.

Casi el 49% de las personas de más de 65 años de edad, **percibe su estado de salud como “bueno” o “muy bueno”**, a pesar de que cerca del 73% padece alguna enfermedad (un 20% padece tres o más enfermedades). Los hombres y las personas de entre 65 y 70 años son más optimistas respecto de su estado de salud.

Las **enfermedades** que más declaran padecer las personas mayores, son la hipertensión arterial (26,8%), la artritis o artrosis (21,5%), el colesterol alto (14,4%) y las enfermedades cardiovasculares (14,2%).

El 69,2% de los entrevistados está en tratamiento médico, con un promedio de casi 5 pastillas diarias. Se trata de pacientes pluripatológicos y polimedicados un grupo de alto riesgo en muchas intervenciones sanitarias.

El número y el tipo de enfermedad o trastornos padecidos, genera distintos **grados de incapacidad**. La encuesta ha registrado casi **un 73% de las personas de más de 65 años de edad posee algún grado de limitación** en su actividad diaria debido a las enfermedades padecidas y un 30,5% éste grado de limitación es *“alto”*.

También son optimistas ante el **grado de movilidad** que tienen. **El 66,5% declaran que pueden moverse y desplazarse “muy bien” o “lo suficiente”** para las actividades de la vida diaria. De hecho, el 78% manifiestan no necesitar ayuda de nadie para realizar las actividades dentro del hogar y, sin embargo, un 28,6% dice no poder viajar sólo o sin ayuda de alguien.

Las personas mayores tienen **buenos hábitos de vida**, probablemente derivados de su alto grado de control y seguimiento médico. El 92% no fuma, (las mujeres y los de más edad fuman menos). En general declaran llevar una dieta alimentaria equilibrada y saludable (tres o más comidas al día en las que se incluyen de forma habitual, legumbres, verduras, hortalizas, fruta, pescado y leche, y en menor medida, también carnes). El 82% sale de forma habitual a caminar o pasear por la calle y un 56% lo hace con cierta intensidad. Incluso el 14% de los entrevistados practica algún deporte.

Las personas mayores son **socialmente activas**. El 78,3% sale a hacer la compra diaria, el 70% va a visitar a familiares o amigos de forma habitual, el 60% acude a la iglesia, el 55% sale de compras o a ver tiendas, etc. El promedio de actividades que ha registrado la encuesta es de **4,7 actividades por persona**, que es mayor entre los varones y entre las edades más bajas. Paradójicamente, este grado de actividad y relaciones sociales implica movilidad fuera del hogar y por tanto puede suponer un incremento del riesgo de accidentes.

La **actitud** general de las personas mayores ante la seguridad y los accidentes es optimista pero muy racional y fundamentada en la precaución. Aún reconociendo ciertas limitaciones, se resisten a “enclaustrarse” en el interior del hogar. Por ejemplo, se rechaza **la idea de estar limitado por la edad (65%), que -con cuidado- se puede “hacer de todo” (85%) y de que a pesar de los peligros “hay que salir”, (88%) encontrándose “cómodo al moverse sólo por la ciudad” (88%)**. Todo ello considerando que se autodefinen como personas cautelosas y precavidas y que realmente se tiene un cierto miedo a las caídas. Es necesario señalar, que la mayoría de estos aspectos positivos son aconsejados por los profesionales que trabajan con ellos (médicos, enfermeros, auxiliares, trabajadores sociales,...).

La encuesta ha detectado dos grandes grupos según sus actitudes y comportamientos ante el riesgo y la seguridad. Un 60% tiene una vivencia de su seguridad positiva en la que valoran el riesgo, pero ponderan más su calidad de vida y su participación en la sociedad. El 40% restante tiene una vivencia algo más negativa, temerosa e incluso derrotista de su seguridad. Estas actitudes están claramente determinadas por la edad, el sexo, el estado de salud y el grado de apoyo y recursos disponibles.

VALORACIÓN FINAL

La encuesta realizada pone de manifiesto que, efectivamente en la mayoría de los casos, la accidentabilidad de las personas mayores y sus graves consecuencias en el ámbito de lo personal/familiar y de lo social/asistencial son prevenibles, ya que se puede actuar sobre las causas y los determinantes de los accidentes y paliar así, o al menos minimizar, sus efectos y su impacto en la calidad de vida de muchas familias españolas.

Los entornos metropolitanos suponen limitaciones para la movilidad y la seguridad de las personas mayores; su complejidad, sus continuos cambios, sus ritmos frenéticos, las infraestructuras para la producción, distribución y consumo, etc. Todo ello unido a sus condicionantes personales físicos y de salud, así como las posibilidades de apoyos familiares/sociales son los elementos sobre los que se debería actuar de forma preventiva. Información, formación, cumplimiento de las normativas de regulación y adaptación, serían los pilares en los que fundamentar políticas preventivas en esta importante área.

V. INFORME: ESTUDIO DE LA ACCIDENTABILIDAD DE LAS PERSONAS MAYORES FUERA DEL HOGAR

1. INTRODUCCIÓN

Afortunadamente la accidentabilidad de las personas mayores es un fenómeno que empieza a ser estudiado en términos científicos no sólo para conocer la realidad, sino para actuar sobre ella en términos preventivos; de aquí la importancia que tiene disponer de una adecuada información y de datos objetivos. Se ha desechado ya el prejuicio de que los accidentes de las personas mayores son “inevitables”. Ya no se trata de un hecho con el que haya que acostumbrarse a vivir y confiar en la suerte. No, ahora sabemos que existen factores de riesgo muy determinados sobre los que se puede y se debe actuar en prevención primaria (ver glosario de términos). También conocemos las consecuencias y por tanto la posibilidad de actuar en prevención secundaria mejorando la asistencia y el tratamiento de los accidentes.

Que se haya tomado conciencia del problema es importante porque, su magnitud lo es y además, porque sus consecuencias, humanas, sociales y económicas son graves. La epidemiología de la accidentabilidad nos proporciona unas cifras de incidencia y prevalencia de la accidentabilidad en personas mayores enormes, en las que se detectan factores de riesgo exógenos y endógenos, así como grupos poblacionales con mayor exposición al riesgo. Pero además conocemos sus consecuencias que resultan devastadoras tanto en cifras de mortalidad, como en pérdida de calidad de vida de las personas mayores y de los familiares o cuidadores.

Finalmente, es importante, y así hay que constatarlo, en términos económicos, porque se produce un alto impacto en el coste directo derivado de la asistencia y tratamiento, como indirecto derivado de las pérdidas laborales y económicas de los familiares y cuidadores.

Es en estas circunstancias de toma de conciencia en la que en los últimos años se han realizado en España diversos estudios desde muy diferentes ópticas, sobre la accidentabilidad de las personas mayores. Estos estudios han sido promovidos fundamentalmente desde los ámbitos médicos y sanitarios (Sociedades científicas y médicas, especialistas de Geriátría, Medicina Interna y Atención Primaria,...) pero también desde los ámbitos de la prevención en la Administración y asociaciones sociales (INE, Encuesta Nacional de Salud, Institutos oficiales, fundaciones y asociaciones sin ánimo de lucro, entidades aseguradoras...). En todos los casos se utilizan datos epidemiológicos y estadísticos sobre los que basar sus conclusiones.

Estamos ante un estudio sociológico que aporta una cierta innovación respecto de lo que hasta ahora se ha realizado. Trata de estudiar la accidentabilidad de las personas mayores...

- 1º Localizada fuera del hogar, en la calle. Hasta ahora se había estudiado mucho la accidentabilidad en general, pero no se había diseñado un estudio específico para conocer la localizada fuera del hogar.
- 2º En un ámbito nacional. Existen muchos estudios de ámbito local o regional, pero pocos a nivel nacional.
- 3º Disponiendo de una amplia muestra representativa del colectivo.

1.1 LA MAGNITUD DE LA ACCIDENTABILIDAD FUERA DEL HOGAR. ESTUDIOS Y EPIDEMIOLOGÍA.

Los estudios realizados a partir de muestras representativas dan resultados muy variados. Esta variación puede ir desde el 15% al 45%¹ dependiendo de muchas variables, por ejemplo, de que se mida la prevalencia (% de personas accidentadas en un año) o que se mida la incidencia (tasa de accidentes/100.000h.), de que se apliquen metodologías diferentes; estudios prospectivos (con seguimiento de una cohorte), transversales o retrospectivos, de que se trate de distintos ámbitos de referencia (locales, regionales o nacionales), de que se consideren distintos intervalos de edad (mayores de 65 años o mayores de 70 años), de los criterios de inclusión (pacientes de un centro sanitario o población general) o de las características y definiciones de los accidentes. Casi todos se refieren a los accidentes como “caídas” que, si bien son el tipo de accidente en personas mayores por excelencia tanto en cantidad (entre el 80% y el 90%) como en cuanto a sus consecuencias (fracturas), también es verdad que existe una amplia gama de accidentes que es preciso considerar (accidentes de tráfico, quemaduras, intoxicaciones, golpes, etc.), que están influenciando en las características y consecuencias de los mismos. De los estudios vistos podemos deducir que **aproximadamente y en términos generales un tercio de las personas mayores de 65 años se accidenta y que el 40% aproximadamente se producen fuera del hogar.**^{2 y 3}

Sin embargo recogiendo datos de algunos de los estudios de epidemiología más rigurosos en cuanto al planteamiento estadístico de los mismos, observamos un alto grado de concordancia con los resultados del presente estudio, aún considerando las diferencias de criterio que hemos visto.

Así el presente informe recoge que un **12,8%** de personas mayores se han accidentado fuera del hogar, **es decir más de un millón de ancianos han padecido algún accidente fuera del hogar en el periodo de un año.** Como promedio se han accidentado 1,5 veces, es decir, **se han producido en torno a un millón y medio de accidentes fuera del hogar entre las personas de 65 y más años.**

El estudio de Francisco Varas-Fabra et al.⁴, recoge una cifra de prevalencia de caídas fuera del hogar en personas de más de 70 años del **14,2%**, (31,8% en total, de los cuales el 44,7% se producen fuera del hogar).

El estudio M. Pujiula Blanch y col.⁵ revela unas cifras de caídas fuera del hogar en personas de más de 70 años que varían entre el **11,3%** y el **14,1%**, según los dos grupos de muestra que estudia.

Según los resultados del presente informe, un **12,8%** ha sufrido un accidente en la calle, aunque quienes más se accidentan son el grupo de edad entre 71 y 75 años (15%) y las mujeres (16%). Fuera del hogar tienden a accidentarse menos las personas de edades más avanzadas ya sea porque su exposición al riesgo es mucho menor (salen menos) y porque se produce lo que se ha venido en llamar “conductas compensatorias”, es decir, aquellos comportamientos que extreman las precauciones, conscientes de sus limitaciones y riesgos.

1.2 LA CIUDAD Y EL ENTORNO AMBIENTAL DE LAS PERSONAS MAYORES.

La investigación actual trata el caso específico del accidente que se produce fuera del hogar. En consecuencia era preciso estudiar los condicionantes que denominamos ambientales y que se refieren a las características del entorno urbano/rural de la persona mayor, así como a las características de su actividad fuera del hogar.

Casi todos los estudios y reflexiones vistas en las entrevistas realizadas hacen énfasis en los factores de riesgo de tipo exógenos (o extrínsecos) y endógenos (o intrínsecos). Los primeros se refieren a las condiciones materiales del medio en el que se desenvuelve la persona mayor y su grado de acondicionamiento o adaptabilidad a las funciones de movilidad. Los segundos se refieren a las condiciones de salud física y mental de las personas.

Pareciera que en el estudio de la accidentabilidad fuera del hogar, los factores exógenos o ambientales tuvieran una mayor importancia que si nos refiriéramos a los que se producen dentro del hogar.

¹ Zenewton André da Silva Gama y col. *Epidemiología de caídas de ancianos en España. Una revisión sistemática, 2007.* Revista Española de Salud Pública v.82 n.1 Madrid ene.-feb. 2008.

² José Manuel Ribera Casado. *Caídas y edad avanzada, ¿un problema médico?*. Medicina Clínica (Barc) 2004; 122(5):180-1.

³ Antoni Salvà et al. *Incidence and consequences of falls among elderly people living in the community.* Medicina Clínica (Barc) 2004;122(5):172-6.

⁴ Francisco Varas-Fabra y col. *Caídas en ancianos de la comunidad: prevalencia, consecuencias y factores asociados.* Atención primaria. 2006;38(8):450-5.

⁵ M. Pujiula Blanch y col. *Prevalencia de caídas en ancianos que viven en la comunidad.* Atención Primaria. 2003;32(2):86-91. Este autor calcula una prevalencia de caídas del 28,9% y del 32%, según los mencionados dos grupos. Estima, que de ella, el 39,1% y el 44% respectivamente se producen fuera del hogar.

Pues bien, de nuestra investigación se deriva que los elementos físicos del entorno (bordillos, escaleras, etc.) no resultan especialmente importantes, más bien son algunos de los significados de ese entorno lo que genera un estado de clara exposición al riesgo.

Efectivamente, hay que considerar el hecho de que el diseño de muchas ciudades y entornos urbanos no se corresponde con el concepto de “ciudades amigables” si no que se realiza bajo criterios que resulten funcionales con las actividades dominantes de nuestra sociedad como por ejemplo la producción, la distribución y consumo de bienes, servicios y de ocio/tiempo libre. Todo ello supone:

- Un diseño urbano de grandes escalas y magnitudes (avenidas, autopistas, cruces, “nudos”, redes de transporte, accesos, centros comerciales/ocio integrados),
- Con un elevado grado de complejidad y unas exigencias de concentración, de movilidad, de tiempo (rapidez) y de eficiencia económica.
- Todo ello resulta cada vez más extraño y ajeno a las personas mayores que llegan a perder el control de sus entornos tradicionales y de la tecnología o de los conocimientos requeridos para desenvolverse adecuadamente y con seguridad en ellos.

1.3 LA PREVENCIÓN Y ATENCIÓN A LOS ACCIDENTES; INFRAESTRUCTURAS, PROGRAMAS ASISTENCIALES Y CUIDADOS MÉDICOS.

La actual ciudad y sus infraestructuras con todo lo que representan no sólo afecta a las personas mayores. Los colectivos sociales que tienen una menor capacidad de adaptación y son menos funcionales con estos valores (niños, enfermos, personas mayores o con discapacidad) podrían presentar problemas y carencias en materia de movilidad y accesibilidad; si no existieran algunos elementos correctores. En las sociedades desarrolladas, estos elementos correctores provienen de distintas fuentes:

- 1º El primero y más importante son las **normativas y regulaciones específicas** (ya sean de orden europeo, nacional o regional y local) para el colectivo de personas mayores que intentan proteger y paliar estos déficits. La principal es la que se deriva de la reciente *Ley de Dependencia*⁶, actualmente en proceso de desarrollo y aplicación que permite la cobertura de los gastos derivados del cuidado de personas mayores algunas de las cuales ha sufrido un accidente o poseen un alto riesgo. Pero además, se trata también de regulaciones urbanísticas o disposiciones municipales sobre accesos e infraestructuras o sobre facilidades a la movilidad y al transporte.
- 2º Otro elemento corrector son los **servicios sanitarios y de cuidados médicos**. Además de la asistencia geriátrica, de traumatología, de medicina interna o de rehabilitación (especializados todos ellos en pacientes de edad avanzada o con pluripatología y polimedicados), cada vez más las administraciones sanitarias locales y regionales incluyen programas de prevención, control, seguimiento y formación de las personas mayores.
- 3º El último mecanismo de corrección del déficit de movilidad y cuidados de las personas mayores son los **servicios sociales para personas mayores** que incluyen desde las residencias hasta los centros de día, talleres ocupacionales, pasando por distintos programas de acompañamiento, de vigilancia y control a distancia, o visitas domiciliarias. Además, cada vez más las administraciones locales, autonómicas o central organizan o poseen servicios de viajes o actividades culturales, de ocio y tiempo libre con personal especializado.

Esta disponibilidad de servicios y normativas es muy variada en el tiempo y en el espacio. Las competencias repartidas entre la Administración Central, las Comunidades Autónomas y los Ayuntamientos e iniciativas privadas, hace que pueda existir una falta de homogeneidad en el acceso a este tipos de servicios que además pueden cambiar en el transcurso del tiempo. En consecuencia, sería primordial conciliar, o al menos coordinar, los criterios y las acciones de las distintas Administraciones en beneficio de las personas mayores.

En definitiva, se trata de recursos que palian en gran medida el déficit de adaptabilidad de la ciudad y de la sociedad en general a las personas mayores, minimizando el riesgo o las consecuencias de los accidentes. La disponibilidad mayor o menor de estos recursos es uno de los factores más importantes a tratar en cualquier política de tipo preventivo. Hay que señalar en todos estos mecanismos correctores debiera contar necesariamente con la participación de los propios mayores. Es preciso crear espacios de participación al mayor. Esto permitirá soluciones más y mejor adaptadas a esta parte importante de la sociedad.

⁶ Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

1.4 LOS CONDICIONANTES PERSONALES DE LOS MAYORES.

Cabe distinguir entre factores de riesgo intrínsecos y condicionantes sociales y cultural (o extrínsecos). Ambos están muy relacionados.

Entre los **intrínsecos** el factor determinante es **la edad**, ya que esta supone un deterioro progresivo de las habilidades y del estado físico y mental. El desarrollo de la medicina y de la asistencia sanitaria en las últimas décadas ha generado un incremento de la esperanza de vida, y lo que es más importante, con una suficiente calidad de vida. Existen grandes diferencias en el colectivo de personas mayores. No es lo mismo el grupo de edad de 65 a 70 años, que el de más de 80 años. La cuestión es que las diferencias son realmente abismales. Los primeros han llegado a disfrutar en su juventud de buenas condiciones de nutrición, de higiene e incluso en parte han llegado a participar de la “cultura de la salud”. El deterioro llega más tarde y las recientes mejoras de la ciencia médica los sitúan en mejores condiciones de abordar la enfermedad. Por el contrario los grupos de más edad (> 80 años) no accedieron a buenas condiciones de alimentación, ni de higiene, ni llegaron a participar de hábitos de vida saludables. Por ejemplo, la generación nacida entre los años 1920-1930 (actualmente 80-90 años), sufrieron en su niñez y juventud escasez de alimentación y malas condiciones sociales, de hábitat y de higiene, en su etapa adulta con el desarrollismo (1960) participaron de los peores hábitos de vida (tabaquismo, alcoholismo, dietas grasas y abundantes, sedentarismo) y finalmente en su vejez (2000) acceden a un sistema médico que consigue incrementar su supervivencia, pero partiendo de condiciones ya muy deterioradas. En consecuencia, su calidad de vida puede ser deficitaria.

En estas circunstancias hablar de riesgo de accidentabilidad requiere necesariamente distinguir según la edad. Tal y como se refleja en esta encuesta el grupo de edad de 65 a 70 años son personas recientemente jubiladas que gozan prácticamente del mismo estado de salud y de movilidad que personas más jóvenes, practican deporte y hacen ejercicio y pueden llevar una vida plena en el ámbito social, familiar o incluso profesional. Por el contrario en las personas de más de 80 años la pérdida de movilidad y las limitaciones que les genera su estado de salud, físico y mental es realmente importante.

El **segundo factor intrínseco es la enfermedad**. El deterioro del estado de salud asociado a la edad tiene una relación muy importante con la accidentabilidad y concretamente con la accidentabilidad fuera del hogar. Debemos considerar no tanto la enfermedad en sí, como el grado de limitación a la movilidad que ésta pueda suponer. Nos interesan más las enfermedades de tipo degenerativas asociadas a la edad independientemente de la gravedad o pronóstico de las mismas. Por ejemplo son muy invalidantes y tienen un alto riesgo de caídas y accidentes las enfermedades reumáticas (artritis, artrosis, osteoporosis), músculo esqueléticas, dolores, neurológicas (Parkinson, Alzheimer), mentales (depresión, ansiedad, psicosis, demencias), trastornos de los sentidos (oído, vista) y no tanto otras quizás más graves y más frecuentes pero menos invalidantes (hipertensión arterial, hiperlipemias, diabetes, cáncer, infecciosas,..). En cualquier caso la enfermedad tiene como consecuencia otro importante factor de riesgo endógeno como es la medicación asociada al tratamiento y que, en opinión de los expertos como se comprueba en esta encuesta, tiene una importante incidencia en el riesgo de sufrir caídas y accidentes. El paciente “polimedicado” es un sujeto terapéutico bien conocido de los médicos internistas hospitalarios.

Entre los **factores extrínsecos** hemos destacado aquellos que se refieren a la **tradicción y a la cultura**, es decir al conjunto de valores arraigados en el sentir del individuo, su forma de entender la vida y de relacionarse socialmente y también a su personalidad (el carácter). Así, podemos distinguir entre personas, acostumbradas a llevar una vida intensa, de trabajo fuera del hogar y con una variada gama de actividades y relaciones sociales o familiares, habituadas a “estar en la calle”, salir de compras, visitar a los amigos, etc. y otras más retraídas socialmente y menos predispuestas a la relación social fuera del hogar. Entre las primeras se identifican más varones, de clases sociales medias y altas, con mejor formación. Entre las segundas, las mujeres que nunca han trabajado fuera de casa, de ámbitos periurbanos y con escasa formación. Por otra parte también hay que distinguir las muy distintas actitudes o comportamientos ante el riesgo; hay personalidades y caracteres más bien precavidos y cautelosos, y otros más intrépidos o menos conscientes de sus propias limitaciones. Casi todos los estudios vistos destacan como una de las consecuencias secundaria a las caídas: **el miedo**, el temor a volverse a caer, lo que las retrae en el interior de sus casas en busca de seguridad.

Relacionado con la edad nos encontramos con otro factor de riesgo / prevención: **las actividades fuera del hogar**, ya que son al mismo tiempo un factor de riesgo y un factor de prevención. Por un lado se incrementa la probabilidad de sufrir un accidente, por otro lado supone un elemento de salud mental, afectiva y

emocional, al tiempo que predispone a encontrar y disfrutar de las redes de apoyo social. De la encuesta se deduce como tener mucha más actividad que la media fuera del hogar (personas más jóvenes) o tener mucha menos actividad que la media fuera del hogar (personas más ancianas) se relaciona con tasas más bajas de accidentabilidad. Son precisamente las edades intermedias en las que se disparan las tasas de accidentes, por lo que la actividad social cabe interpretarla como un factor dependiente de la edad y por tanto indirectamente relacionado con los accidentes. No obstante debería evitarse posturas excesivamente paternalistas y asumir el riesgo, de la misma forma en que se haría con personas de otras franjas de edad.

Se deduce de la encuesta que existe un factor de riesgo muy directo con la accidentabilidad como es **la soledad**; la diferencia entre vivir sólo o vivir en familia. La soledad se relaciona con altas tasa de accidentabilidad que disminuye según se convive con más miembros de la familia. El apoyo familiar resulta imprescindible en la prevención. La familia debe participar en todos los ámbitos: el cuidado directo, el control de sus actividades, la formación y la atención en caso de accidente. Además, la gran mayoría de los accidentes que se producen en la calle, la persona accidentada iba sola, no acompañada por nadie. Cualquier política preventiva deberá dar apoyo y disponer de medios de contacto con las personas que viven solas y establecer una guía de consejos a los familiares, que incida en el control vigilancia o acompañamiento de sus mayores.

Finalmente entre los factores de riesgo extrínsecos hay que hablar de las **condiciones físicas del entorno** fuera del hogar, las condiciones “de la calle”. No sólo las referidas a los elementos materiales tales como aceras, bordillos, obras, escalones, rampas, etc..., sino también a las condiciones de aglomeración y rapidez que se imponen en los entornos urbanos, en los centros comerciales y en los medios de transporte y para los que las personas mayores no están adaptadas, siendo motivo también de accidentabilidad. En este sentido cabe hablar de la importancia que tendría disponer de ciudades “amables” con las personas mayores en las que gestos sencillos y asequibles pueden evitar muchos accidentes (Por ejemplo; adecuar el tiempo para cruzar en los semáforos).

1.5 IMPACTO Y CONSECUENCIAS DE LA ACCIDENTABILIDAD.

Las caídas y accidentes de los mayores tienen un especial impacto en nuestra sociedad en primer lugar por la cada vez **mayor sensibilidad** de la sociedad ante las necesidades de los mayores, así como por la **necesidad de preveer y dar cobertura** a un riesgo que nos afecta o afectará a todos. Se trata por tanto de un “mix” en el que se combina los sentimientos emocionales y de afectividad con las necesidades reales y prácticas.

Las caídas en las personas mayores tienen consecuencias médicas de peor pronóstico y evolución que en el resto de grupos de edad. Como destaca B. Lumbreras⁷ en un estudio que analiza los datos de diferentes fuentes bibliográficas y documentales; *“las caídas accidentales en las personas mayores son un problema de salud relevante con consecuencias no solo físicas sino psíquicas importantes”*. Según datos de la OMS⁸ en Europa la tasa de mortalidad por “causa externas” en mayores de 65 años es de 144/100.000 h. y la Encuesta Nacional de Salud del año 2006 del INE-MS⁹, las tasa de mortalidad por “caída accidental” en mayores de 95 años llega a ser de 147/100.000 h. que comparada con una tasa de 4,4/100.000 h. en el grupo de edad de 65-69 años nos da una idea de la **vulnerabilidad** que supone la edad avanzada en el pronóstico. No obstante también hay que decir, según se deduce de esta encuesta, que un 52% de los accidentes (en los varones) y un 47% (en las mujeres), no tuvieron consecuencia alguna¹⁰.

La movilización de recursos sanitarios es importante. Como consecuencia de un accidente en la calle se produce un ingreso en urgencias hospitalarias previo traslado en ambulancia, en ocasiones son atendidos en el ambulatorio o centro de salud y la consecuencia más general es la fractura o las heridas que dejan posteriormente secuelas importantes en la movilidad de la persona además de un miedo psicológico a volverse a caer que lo retrae definitivamente en su casa. También es frecuente el ingreso hospitalario durante varios días o semanas (en esta encuesta se registraron 12 días de media) para quedar en observación y, en menor frecuencia, ser intervenido quirúrgicamente (un 7% de los accidentes que tuvieron alguna consecuencia).

⁷ Lumbreras Lacarra B. y col. *Caídas accidentales en ancianos: situación actual y medidas de prevención*. Trauma. Vol. 19 nº 4 octubre/diciembre 2008. FUNDACIÓN MAPFRE.

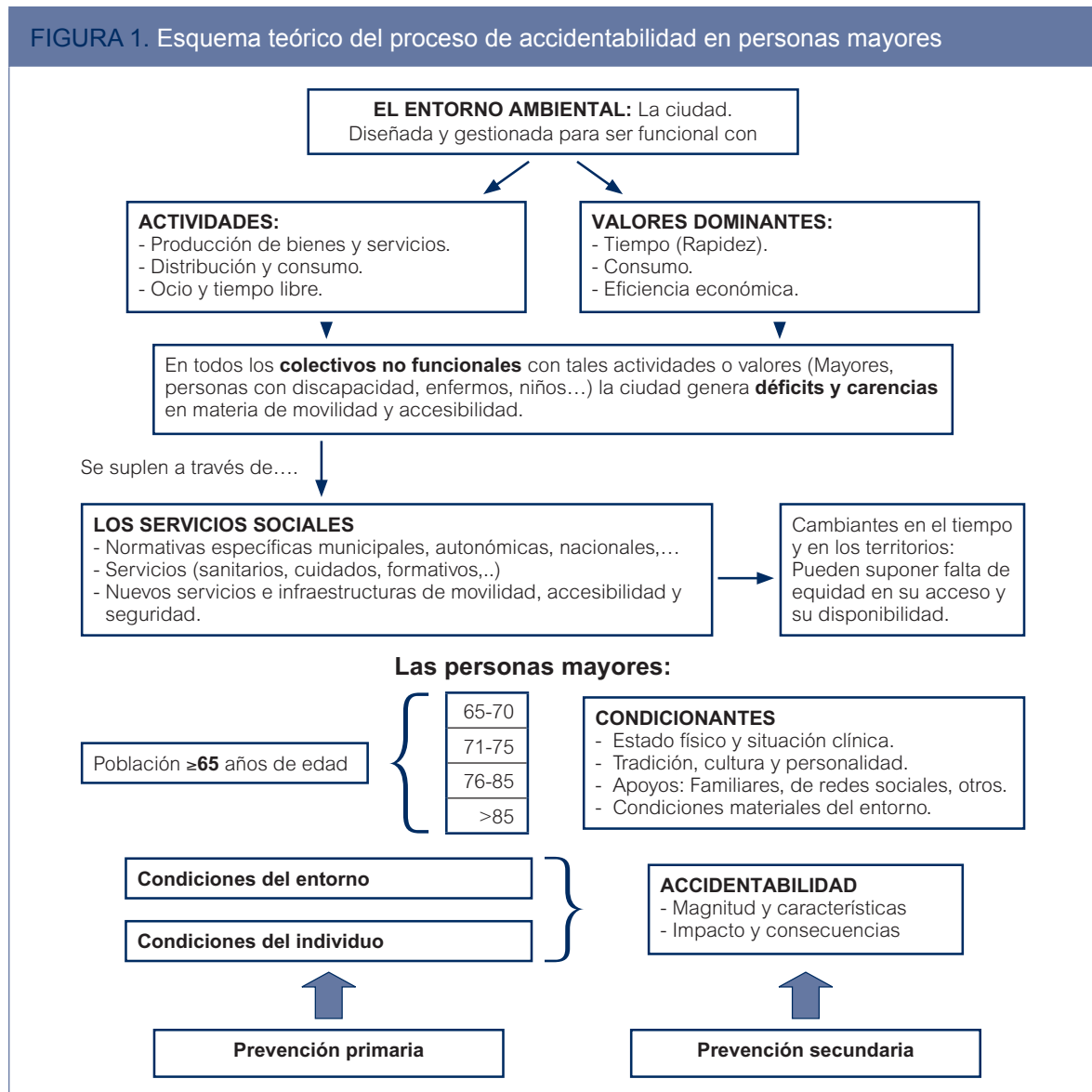
⁸ Organización Mundial de la Salud (OMS). Base de datos en salud para Europa. 2008 <http://www.euro.who.int/hfad/b>.

⁹ Instituto Nacional de Estadística (INE) Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud 2006.

¹⁰ Hay que hacer notar que en la encuesta obviamente no quedan registrados los casos de accidente cuya consecuencia fue el fallecimiento e incluso probablemente estén menos representados los casos de consecuencias más graves o dramáticas.

El accidente genera una movilización del sistema sanitario asistencial (ingresos, pruebas diagnósticas, intervenciones, rehabilitación tratamiento farmacológico, tratamiento psicológico) y del entorno familiar que se trastoca de forma grave (ausencias laborales, calendarios, gastos económicos en soportes de ayuda a la movilidad; sillas de ruedas, andadores, etc.) así como de los servicios sociales y servicios de apoyo. El accidente impacta en la familia, que se plantea en ciertos momentos el ingreso en una residencia de mayores (asistidos o no válidos) con las consecuencias psicológicas y emocionales que supone para el accidentado y sus familiares.

No conviene dejar de lado el enorme **coste económico** para el sistema sanitario que suponen los accidentes de las personas mayores. Se han realizado una gran cantidad de estudios sobre la evaluación económica de la accidentabilidad laboral, sin embargo se hecha en falta mayor aportación de este tipo de estudios (evaluación económica) a los accidentes en personas mayores que evidenciaría la importancia de la prevención primaria y secundaria y plantearía la cuestión ética de la relación coste-beneficio (años de vida ganados ajustados por calidad de vida) en intervenciones médicas de personas accidentadas por ejemplo con pluripatologías y edades muy avanzadas. Como ejemplo cabe resaltar el coste medio por paciente de una fractura de cadera que supuso 8.365,25 euros para el año 2008 con 47.305 casos registrados en ese año.*



* Instituto de Información Sanitaria, Ministerio de Sanidad y Política Social. La atención a la fractura de cadera en los hospitales del SNS. Información y estadísticas sanitarias 2010.

2. ENCUESTA DE ACCIDENTABILIDAD

2.1 DESCRIPCIÓN Y CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA.

Se ha obtenido una muestra representativa de la población española de 65 y más años de edad, tras haber realizado un proceso de selección aleatorio y previamente una estratificación de la muestra por Comunidades Autónomas, grupos de edad y sexo, proporcional a la distribución real de estas variables en la población española. Además se controlaron las desviaciones de la muestra según la distribución real del colectivo por tamaño del municipio de residencia. La muestra obtenida de 1.732 personas representa (con un margen de error del $\pm 2,4\%$) al universo de estudio, aproximado de 7,6 millones de personas (Ver ficha técnica, Apartado III. Metodología).

En la muestra están representadas todas las Comunidades Autónomas, (tabla 1) siendo mayoritarias Andalucía, Cataluña, Madrid, Comunidad Valenciana y País Vasco. También se reflejan los hábitat rurales (25% en municipios de menos de 10.000 habitantes), semi-urbanos (31%), urbanos (24%) y metropolitanos (19%).

Es importante considerar que aunque estemos hablando de personas mayores, este colectivo es muy variado existiendo grandes diferencias entre grupos de edad. Así por ejemplo, el 30% de la muestra son personas de 65 a 69 años, es decir, se trata de personas que mantienen un buen estado de salud física y mental asimilable hoy en día al de personas más jóvenes. Por el contrario, casi el 22% de la muestra tiene más de 80 años y sus características son muy diferentes.

Más de la mitad de la muestra son mujeres (58%) como se deriva de la mayor esperanza de vida de este colectivo, que resulta más patente aún en las edades estudiadas. Este hecho se observa al tener más presencia las mujeres en la población de más de 85 años de edad (Mujeres: 70%, Varones: 30%).

Más de la mitad de la muestra permanecen casados y viviendo con su cónyuge. Además también un elevado porcentaje convive con sus hijos u otros familiares, aunque hay que destacar que los mayores que viven solos representan el 28%. La media es de 2,1 personas conviviendo en el domicilio familiar.

En cuanto al nivel de formación cabe decir que resulta muy bajo; el 37% tiene incompletos los estudios primarios o se declaran sin estudios. Finalmente, destacar que la mayoría de los entrevistados (82%) no dispone de cuidador/a ni siquiera a tiempo parcial.

TABLA 1. Características de la muestra		
	n	%
TOTAL	1.732	100,0
Comunidades Autónomas:		
- Andalucía	266	15,4
- Aragón	68	3,9
- Asturias	56	3,2
- Baleares	32	1,8
- Canarias	49	2,8
- Cantabria	24	1,4
- Castilla y León	84	4,8
- Castilla-La Mancha	137	7,9
- Cataluña	271	15,6
- Comunidad Valenciana	172	9,9
- Extremadura	46	2,7
- Galicia	143	8,3
- Madrid	200	11,5
- Navarra	42	2,4
- Murcia	24	1,4
- País Vasco	104	6,0
- La Rioja	14	0,8

TABLA 1. Características de la muestra		
	n	%
TOTAL	1.732	100,0
Tamaño de municipio:		
- De 2.001 a 10.000 habitantes	436	25,2
- De 10.001 a 50.000 habitantes	541	31,2
- De 50.001 a 500.000 habitantes	419	24,2
- Más de 500.000 habitantes	336	19,4
Edad:		
- 65 - 69 años	521	30,0
- 70 - 74 años	471	27,2
- 75 - 79 años	362	20,9
- 80 - 84 años	216	12,5
- 85 - 89 años	112	6,5
- 90 y más años	50	2,9
Edad media:	74,2 años	
Sexo:		
- Varones	724	41,8
- Mujeres	1.008	58,2
Estado Civil:		
- Soltero/a	118	6,8
- Casado/a	958	55,3
- Viudo/a	611	35,3
- Divorciado/segado	45	2,6
Convive con...: (posibilidad múltiple)		
- Viven solos	478	27,6
- Su cónyuge/pareja	956	55,1
- Hijos/as	438	25,3
- Hermanos	47	2,7
- Otros familiares	164	9,5
Personas que conviven el hogar		
- Hogares unipersonales	478	27,6
- Hogares de 2 personas	886	51,2
- Hogares de 3 personas	231	13,3
- Hogares de 4 personas	94	5,4
- Hogares de 5 y más personas	31	2,5
Media de personas en el hogar:	2,1 personas	
Dispone de un cuidador/a*		
- Sí, a tiempo parcial	264	15,2
- Sí, a tiempo total (interno/a)	43	2,5
- No	1.425	82,3
Nivel de educación (más alto completado):		
- No sabe leer ni escribir	117	6,8
- Primarios incompletos	516	29,8
- Elementales/Primarios	705	40,7
- Bachiller elemental/EGB	117	6,8
- Bachiller superior BUP/FP	104	6,0
- Universitarios incompletos	15	0,9
- Universitarios grado medio	56	3,2
- Universitarios grado superior	75	4,3
- Ns/Nc	27	1,6

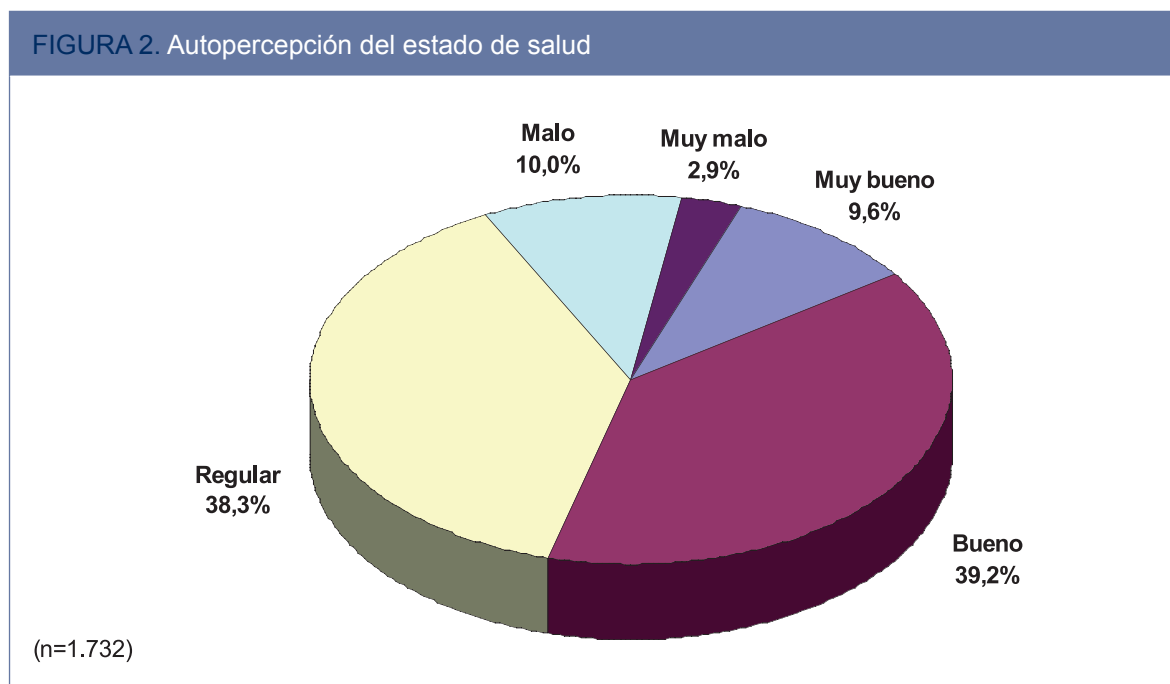
(*) Incluye tanto cuidadores en su concepción más "profesional", como a cuidadores del servicio doméstico o similares.

2.2 MORBILIDAD DE LAS PERSONAS MAYORES.

Dado que la información procede directamente de las personas entrevistadas, no se dispone de datos médicos sobre enfermedades diagnosticadas. Tenemos por tanto que referirnos al concepto de *morbilidad percibida*¹¹ o sintomática, esto es, no se trata de diagnósticos médicos sino de la percepción declarada por el entrevistado de una dolencia, trastorno o síntoma. En general suelen coincidir bastante ambos conceptos, aunque no podamos especificar con seguridad un diagnóstico clínico. Por otra parte, este concepto (morbilidad percibida) pone de manifiesto trastornos y síntomas o limitaciones que pueden permanecer ocultos al diagnóstico del médico y que a los efectos de este estudio interesan especialmente (dolores inespecíficos, pérdidas de memoria, trastornos oculares y de la audición, pérdida de equilibrio, etc.)

2.2.1 AUTOPERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD.

TABLA 2. ¿Cómo diría que es su estado de salud?	
	Base: Total (n=1.732) %
- Muy Bueno (5)	9,6
- Bueno (4)	39,2
- Regular (3)	38,3
- Malo (2)	10,0
- Muy Malo (1)	2,9
Media (Escala 1-5) ¹²	3,42
TOTAL	100,0



¹¹ El concepto "morbilidad percibida" o autodeclaración por parte del entrevistado de síntomas, dolencias, trastornos o enfermedades es el indicador utilizado habitualmente en encuestas de salud entre la población. Encuesta Nacional de Salud en España. Instituto Nacional de Estadística, 2006.

¹² La media nos permite resumir la escala "Muy Bueno", "Bueno", "Regular", "Malo" y "Muy Malo" en un número de la escala 5-1 respectivamente. Se transforma una variable categórica ordinal en una variable numérica discreta, asignando valores a cada categoría.

La mayoría considera que disfruta de un aceptable estado de salud. Casi el 49% define su estado de salud como “bueno” o “muy bueno” y tan solo un 12,9% como “malo” o “muy malo”. Esta percepción de estado de salud es significativamente mejor en el caso de los varones (media=3,6 en una escala del “1” al “5”) lógicamente disminuye según la edad tal y como se observa en el siguiente cuadro.

TABLA 3. ¿Cómo diría que es su estado de salud?. Por sexo y edad							
	Total (%) (n=1.732)	Sexo (%)		Edad (%)			
		Varones (n=724)	Mujeres (n=1.008)	65-70 (n=630)	71-75 (n=448)	76-85 (n=531)	>85 (n=123)
- Muy Bueno (5)	9,6	10,1	9,3	12,5	7,8	7,3	11,4
- Bueno (4)	39,2	47,6	33,0	43,9	39,3	35,4	30,1
- Regular (3)	38,3	34,9	40,8	36,0	38,8	39,8	42,2
- Malo (2)	10,0	5,9	12,9	6,2	11,4	13,4	9,8
- Muy Malo (1)	2,9	1,5	4,0	1,4	2,7	4,1	6,5
Media (Escala 1-5) ¹¹	3,4	3,6	3,3	3,6	3,4	3,3	3,3
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

(En negrita: diferencias significativas para $p < 0,05$)

2.2.2 MORBILIDAD OBSERVADA.

No obstante y a pesar de declarar un buen estado de salud, tan sólo un 27% no padece ninguna enfermedad crónica (excluidas las agudas, de tipo infecciosas y puntuales; p.ej. catarros, gripes, etc.) y el 20% de la muestra padece pluripatología (tres o más enfermedades crónicas). La media de enfermedades declaradas es de 2 siendo algo más en las mujeres (2,1) y según avanza la edad tal y como se observa en los siguientes cuadros y gráficos.

TABLA 4. ¿Padecen alguna enfermedad o dolencia de tipo crónico?. Por sexo y edad							
	Total (%) (n=1.732)	Sexo (%)		Edad (%)			
		Varones (n=724)	Mujeres (n=1.008)	65-70 (n=630)	71-75 (n=448)	76-85 (n=531)	>85 (n=123)
- Sin enfermedad	27,1	30,0	25,0	33,5	26,6	21,1	22,0
- Con 1 ó 2 enfermedades	52,2	54,4	50,7	53,5	50,2	53,1	49,6
- Con 3 enfermedades	13,0	11,2	14,3	8,3	14,7	16,6	15,4
- Con más de 3 enfermedades	7,4	4,0	9,8	4,4	8,5	9,0	11,4
- Sin datos	0,3	0,4	0,2	0,3	0,0	0,2	1,6
Media (Nº medio de enfermedades)	2,0	1,8	2,1	1,7	2,1	2,1	2,2
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

(En negrita: diferencias significativas para $p < 0,05$)

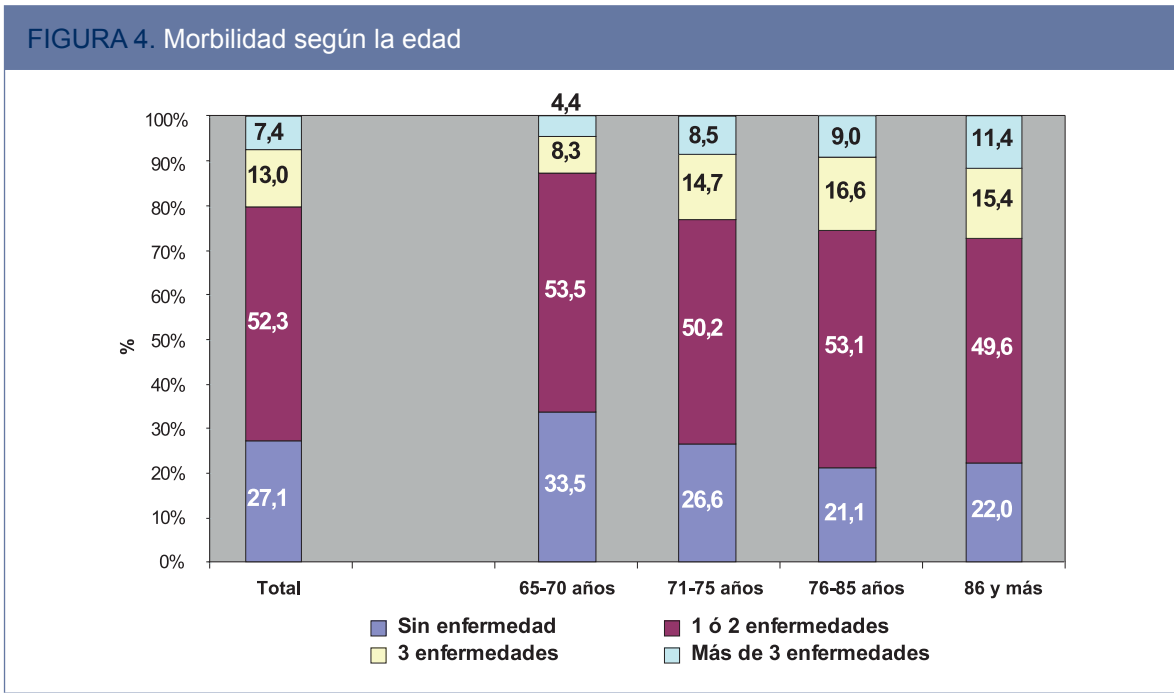
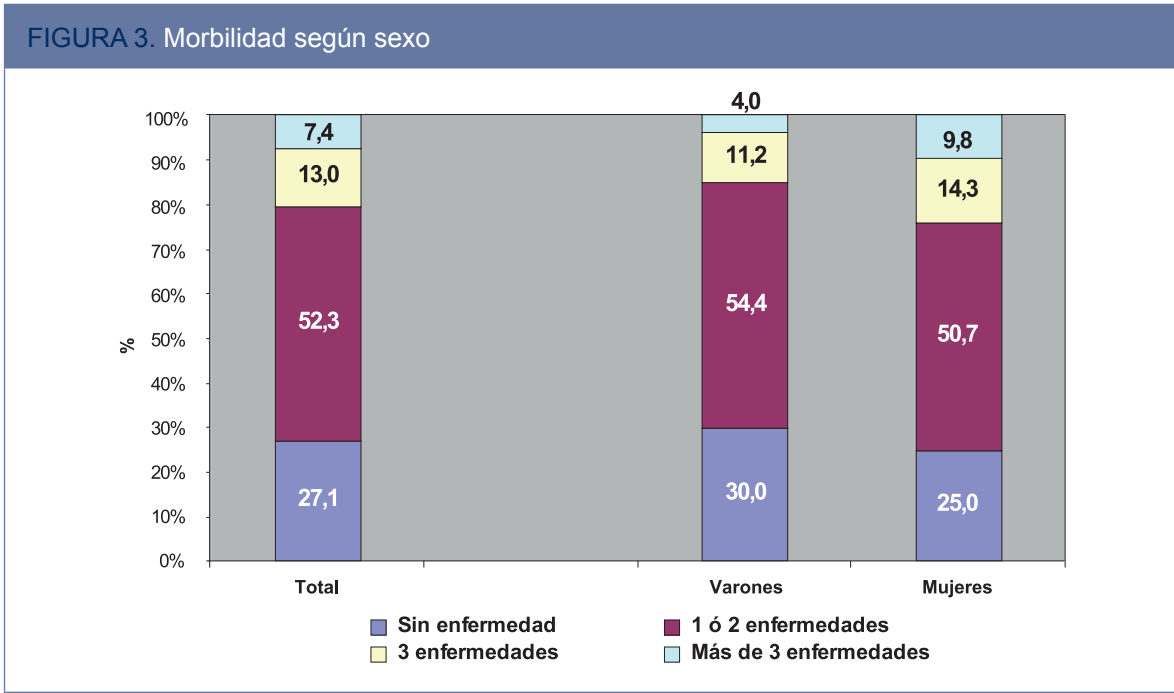


TABLA 5. Enfermedades o dolencias de tipo crónico que se padecen		
	Sobre el total de personas >65 años Base: (n=1.732)	Sobre los que padecen alguna enfermedad Base: (n=1.258)
	%	%
- Hipertensión arterial/tensión alta	26,8	38,0
- Artritis/artrosis ("reuma")	21,5	25,7
- Colesterol alto (+ triglicéridos, hipercolesterolemia)	14,4	20,2
- Enfermedad cardiovascular	14,2	19,6
- Diabetes tipo II (No insulino-dependiente)	5,9	8,4
- Enfermedades respiratorias (EPOC, Asma)	5,3	6,8
- Osteoporosis	5,0	6,3
- Diabetes I (insulino-dependiente)	4,6	6,5
- Próstata/enfermedades urológicas	3,8	4,5
- Depresión/ansiedad	3,8	5,3
- Hiperglucemia / nivel de azúcar alto	3,3	4,4
- Dolor de espalda	3,3	3,3
- Otras enfermedades	2,9	3,5
- Trastornos oculares y de la vista	2,7	3,1
- Enfermedades digestivas	2,4	3,2
- Trastornos de la circulación	2,4	3,1
- Infecciones urinarias/renales	2,1	2,6
- Insomnio/trastornos del sueño	2,1	2,7
- Trombosis/accidente cerebro vascular	2,0	2,6
- Enfermedad tiroidea	1,9	2,6
- Dolor como consecuencia de alguna fractura	1,8	1,9
- Cáncer	1,7	2,0
- Hipotensión/Tensión baja	1,3	1,8
- Parkinson	1,2	1,6
- Pérdidas de memoria	1,1	1,3
- Hernias	1,0	1,1
- Artrosis como consecuencia de alguna fractura	0,7	0,3
- Trastornos de la alimentación y digestivos	0,7	1,0
- Trastornos de audición	0,6	0,2
- Otras enfermedades reumáticas	0,6	0,6
- Alzheimer	0,5	0,5
- Vértigos	0,5	0,5
- Fibromialgia	0,5	0,7
- Enfermedades dermatológicas	0,4	0,4
- SIDA/tuberculosis/hepatitis/otras infecciosas	0,3	0,3
- Demencia, esquizofrenia, psicosis	0,3	0,4
- Trastornos buco-dentales	0,1	0,1
- Sin ninguna enfermedad	27,1	--
- Sin datos	0,3	--

El 72,6% (n=1258) declara alguna enfermedad. Las enfermedades más citadas se refieren a la hipertensión arterial, artrosis/ artritis, cifras elevadas de colesterol (dislipemias), enfermedades cardiovasculares, diabetes (insulino-dependientes y tipo II), EPOC y otras enfermedades respiratorias (asma) y osteoporosis, así como trastornos depresivos o de ansiedad.

2.2.3 LIMITACIÓN POR ENFERMEDAD O DOLENCIA.

El interés de recoger estos datos de morbilidad no es tanto epidemiológico como por lo que resulta de su capacidad limitante en las personas y el incremento que supone en el riesgo de accidentabilidad. En consecuencia no interesa tanto la “gravedad” de la enfermedad en sí como su grado de limitación. Para ello se ha elaborado el indicador que llamamos **Limitación**¹³. Este indicador refleja tanto el número de enfermedades padecidas, como el grado de incapacidad de las mismas. Así por ejemplo resultan mucho más limitantes los dolores de espalda por artrosis u otras razones, el parkinson o los trastornos visuales (aunque no sean “muy graves”) que enfermedades del metabolismo, la hipertensión arterial o incluso el VIH/SIDA por muy graves éstas sean.

Con estos criterios (indicados en el cuadro sobre el grado de incapacidad de cada enfermedad), sí que resulta que un **elevado porcentaje de personas mayores (30,5%) se encuentra con una “alta” limitación derivada de sus enfermedades o dolencias**, que es considerablemente mayor en las mujeres (35,2%) y que llega al 39% en las personas de más edad. Estos datos podemos observarlos en los siguientes cuadros y gráficos.

TABLA 6. Limitación por enfermedad o dolencia (*). Por sexo y edad							
	Total (%) (n=1.732)	Sexo (%)		Edad (%)			
		Varones (n=724)	Mujeres (n=1.008)	65-70 (n=630)	71-75 (n=448)	76-85 (n=531)	>85 (n=123)
- Ninguno (sin enfermedad)	27,1	30,2	25,0	33,5	26,6	21,1	22,0
- “Bajo”	24,2	30,0	20,1	27,8	22,8	22,6	18,7
- “Medio”	17,0	14,9	18,5	16,0	16,5	18,1	18,7
- “Alto”	30,5	23,9	35,2	21,7	33,3	36,5	39,0
- Sin datos + (Ns/Nc.)	1,2	1,0	1,2	1,0	0,8	1,7	1,6
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

(En negrita: diferencias significativas para $p < 0,05$)

$$(*) \text{ Limitación} = \sum (e * gi)$$

e = enfermedad o dolencia padecida.

gi (grado de incapacidad) = 1 (escaso), 2 (intermedio), 3 (elevado)

La limitación puede ser:

“Baja” < 3

“Media” = 3

“Alta” > 3

¹³ El indicador “**Limitación**” refleja el nº de enfermedades padecidas, ponderadas por su grado de incapacidad. Este grado de incapacidad se ha estimado por parte del equipo investigador como (se adjunta cuadro):

- “**Elevado**” en el caso de enfermedades músculo-esqueléticas, reumáticas, EPOC/Asma, las que cursan con dolor, neurológicas, mentales y neurodegenerativas, así como los trastornos de los sentidos (vista, oído, etc.).
- “**Escaso**” en el caso de enfermedades metabólicas, HTA u trastornos leves.
- “**Intermedio**” en el resto de enfermedades, independientemente de su gravedad.

TABLA 7. Grado de incapacidad de la enfermedad o dolencia (*)	
	Grado de Incapacidad (**)
- Hipertensión arterial/tensión alta	Escaso (1)
- Tensión baja	Escaso (1)
- Colesterol alto (+ triglicéridos, dislipemias...)	Escaso (1)
- Diabetes I (insulinodependientes)	Escaso (1)
- Diabetes tipo II (No insulinodependientes)	Escaso (1)
- Hiperglucemia / azúcar alto	Escaso (1)
- Enfermedad cardiovascular	Intermedio (2)
- Enfermedades respiratorias (EPOC, Asma)	Elevado (3)
- Enfermedades digestivas	Intermedio (2)
- Enfermedades de la piel y dermatológicas	Intermedio (2)
- Trombosis/accidente cerebro vascular	Elevado (3)
- Próstata/enfermedades urológicas	Intermedio (2)
- Infecciones urinarias/renales	Intermedio (2)
- Trastornos ginecológicos	Intermedio (2)
- Cáncer	Intermedio (2)
- SIDA/tuberculosis/hepatitis/otras infecciosas	Intermedio (2)
- Dolor de espalda	Elevado (3)
- Artritis/artrosis (“reuma”)	Elevado (3)
- Osteoporosis	Elevado (3)
- Dolor como consecuencia de alguna fractura	Elevado (3)
- Artrosis como consecuencia de alguna fractura	Elevado (3)
- Pérdidas de memoria	Intermedio (2)
- Insomnio/trastornos del sueño	Escaso (1)
- Depresión/ansiedad	Intermedio (2)
- Demencia, esquizofrenia, psicosis	Elevado (3)
- Alzheimer	Elevado (3)
- Parkinson	Elevado (3)
- Trastornos buco-dentales	Escaso (1)
- Trastornos oculares y de la vista	Elevado (3)
- Trastornos de audición	Elevado (3)
- Trastornos de la alimentación y digestivos	Intermedio (2)

(*) Esta lista de enfermedades o dolencias sin ser exhaustiva, está organizada en grandes apartados que permiten agrupar las patologías indicadas por los encuestados.

(**) - “Elevado” en el caso de enfermedades músculo-esqueléticas, reumáticas, EPOC/Asma, las que cursan con dolor, neurológicas, mentales y neurodegenerativas, así como los trastornos de los sentidos (vista, oído, etc.).

- “Escaso” en el caso de enfermedades metabólicas, HTA u trastornos leves.

- “Intermedio” en el resto de enfermedades, independientemente de su gravedad.

FIGURA 5. Limitación por enfermedad o dolencia según sexo

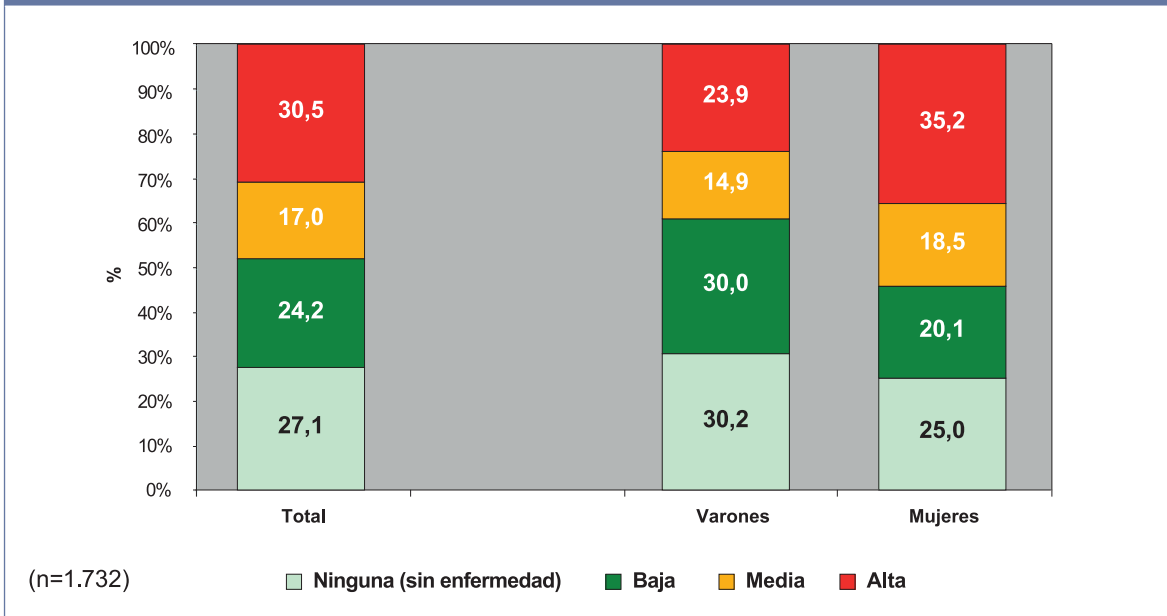
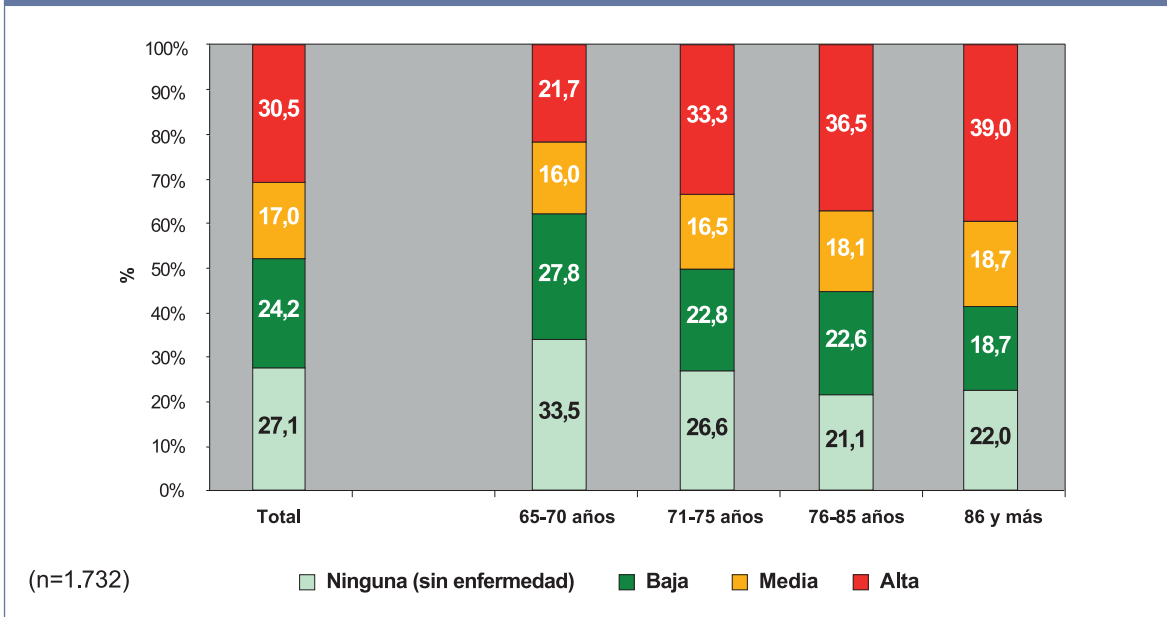


FIGURA 6. Limitación por enfermedad o dolencia según la edad



2.3 TRATAMIENTOS.

La práctica totalidad de los entrevistados que padecen alguna enfermedad declara estar en tratamiento médico. En consecuencia el 69,2% de todas las personas mayores de 65 años de edad en España está siguiendo algún tratamiento médico por alguna enfermedad de tipo crónico. Los tratamientos médicos son mayoritariamente de tipo farmacológico (98,1%), lo que tiene incidencia en el incremento del riesgo de accidentabilidad de los mayores, máxime cuando los tratamientos son múltiples y suponen polimedicación. Casi la tercera parte (31%) de los mayores que toman medicamentos, ingieren 6 o más pastillas al día, estando el promedio en 4,6 pastillas/día. Se trata por tanto de pacientes en edad avanzada con pluripatología y polimedcados; un concepto bien conocido por los médicos internistas hospitalarios que disponen para este colectivo concreto, de protocolos y de guías terapéuticas específicamente diseñadas.

TABLA 8. ¿Están en tratamiento de alguna enfermedad o dolencia?	
	Base: Total (n=1.732)
	%
- No tiene ninguna enfermedad o trastorno	27,1
- Sí	69,2
- No, de ninguna	3,7
TOTAL	100,0

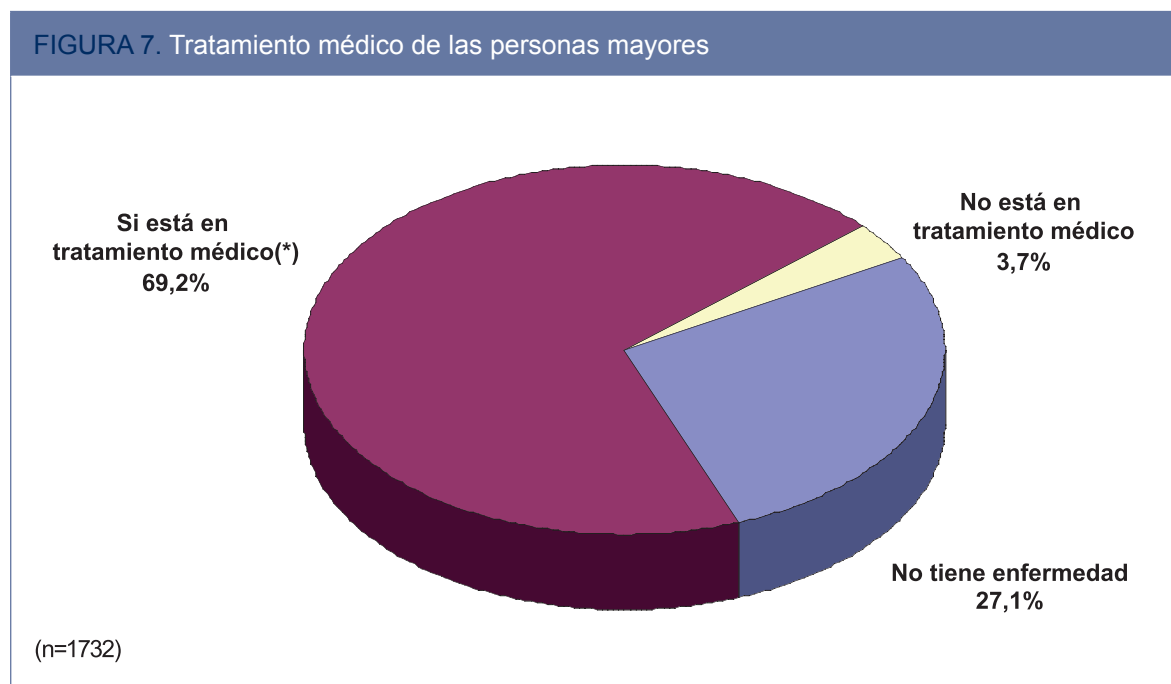
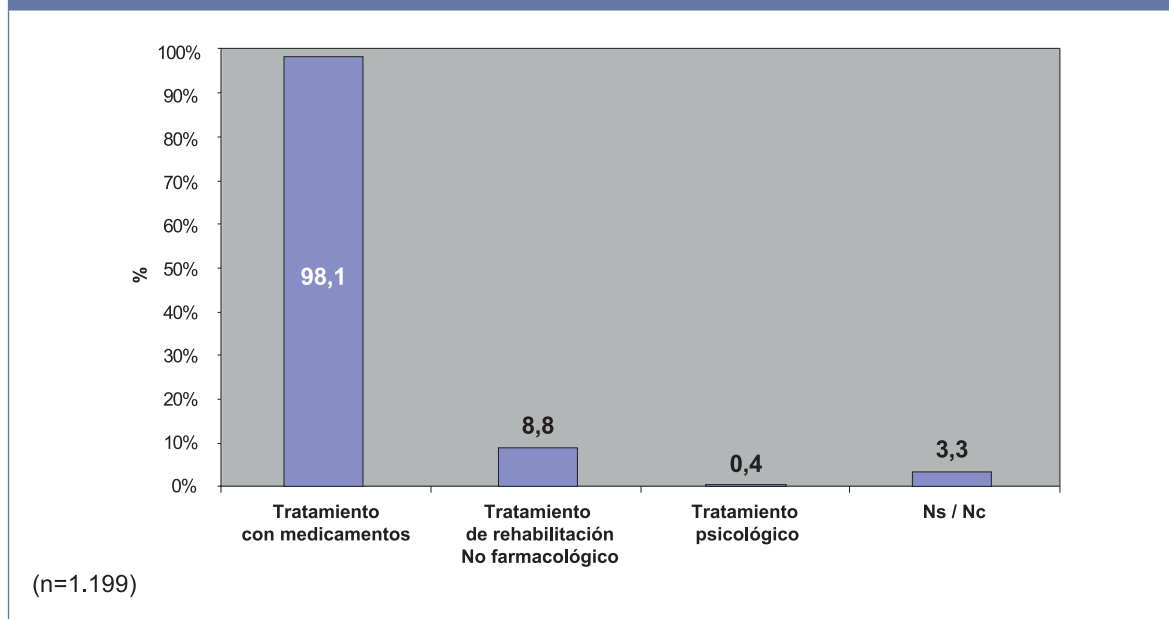


TABLA 9. ¿Qué tipo de tratamiento tiene para estas enfermedades? (*)	
	Base: Padecen alguna enfermedad o dolencia y están en tratamiento (n= 1.199)
	%
- Tratamiento con medicamentos.	98,1
- Rehabilitación, dietas, ejercicio y otros tratamientos No farmacológicos	8,8
- Tratamientos psicológicos	0,4
- Ns/Nc.	3,3

(*) Sumatorio mayor de 100% por posibilidad de respuesta múltiple.

FIGURA 8. Tipo de tratamiento médico



(*) Sumatorio mayor de 100% por posibilidad de respuesta múltiple.

TABLA 10. Nº de pastillas/día que suponen los medicamentos

	Base: Padecen alguna enfermedad o dolencia, y están en tratamiento con medicamentos (n= 1.176)
	%
- Una	19,8
- Dos	17,1
- Tres	12,3
- Cuatro	9,9
- Cinco	7,9
- Seis	6,7
- Más de seis	24,8
- Ns/Nc	1,5
Media (Nº medio de pastillas/día)	4,6 pastillas
TOTAL	100,0

2.4 MOVILIDAD.

La percepción que se tiene del grado de movilidad para realizar actividades de la vida diaria es muy optimista, aunque no debemos olvidar que se incluyen en la muestra personas de 65 a 70 años en las que las diferencias con grupos de población más jóvenes son cada vez menores. **El 48% declara poder moverse “bien, lo suficiente” e incluso un 19% “perfectamente”**. En una escala del 1 (“muy mal”) al 5 (“muy bien, perfectamente”), la media se sitúa en 3,7 que resulta significativamente mejor en el caso de los varones y que disminuye de forma muy rápida según avanza la edad. Así entre las personas de más de 85 años de edad, el 34% declara una movilidad “mala” o “muy mala” incluso para las actividades de la vida diaria.

Este grado de movilidad tiene relación con la limitación por enfermedad o dolencia vista anteriormente. Entre el 27,1% de las personas mayores que no padecen ninguna enfermedad, el grado de movilidad es muy bueno (media=4,1) y empeora significativamente según aumenta el número de enfermedades y su limitación. Es destacable, sin embargo, que el 42% de las personas más enfermas y con más limitaciones declare moverse “bien” o “muy bien” y que un 37% de los más mayores (> 85 años) digan lo mismo.

Este hecho puede estar reflejando también una negativa a reconocer las propias limitaciones y declarar o incluso percibir un estado de movilidad y de salud en general mucho mejor que el que realmente se tiene.

TABLA 11. ¿Cómo diría usted que puede moverse y desplazarse para realizar las actividades de la vida diaria?. Por sexo y edad

	Total (%) (n=1.732)	Sexo (%)		Edad (%)			
		Varones (n=724)	Mujeres (n=1.008)	65-70 (n=630)	71-75 (n=448)	76-85 (n=531)	>85 (n=123)
- Muy bien, perfectamente (5)	18,8	23,5	15,4	24,3	19,9	13,7	8,1
- Bien, lo suficiente (4)	47,7	54,5	42,9	53,1	49,1	44,3	29,2
- Regular (3)	21,2	15,3	25,4	15,9	19,9	26,9	28,5
- Mal (2)	7,1	4,1	9,2	4,0	6,9	10,0	11,4
- Muy Mal (1)	5,1	2,6	6,9	2,7	4,2	4,7	22,8
- Ns/Nc.	0,1	0,0	0,2	0,0	0,0	0,4	0,0
Media (Escala 1-5) *	3,7	3,9	3,5	3,9	3,7	3,5	2,9
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

(En negrita: diferencias significativas para $p < 0,05$)

* La media nos permite resumir la escala "Muy Bien", "Bien", "Regular", "Mal" y "Muy Mal" en un número de la escala 5-1. Se transforma una variable categórica ordinal en una variable numérica discreta, asignando valores a cada categoría.

FIGURA 9. Autopercepción del grado de movilidad y agilidad

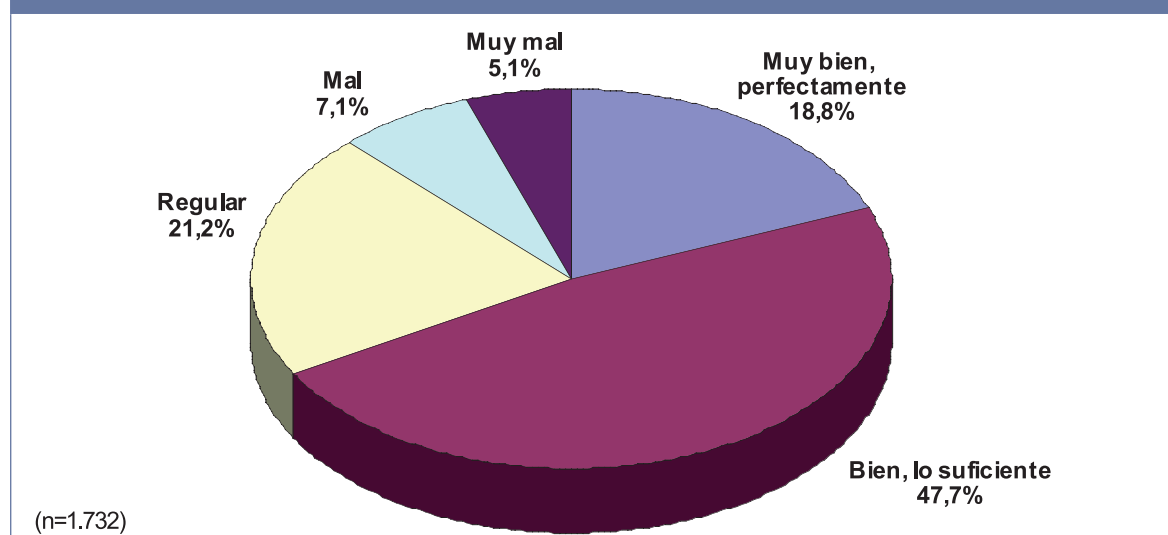


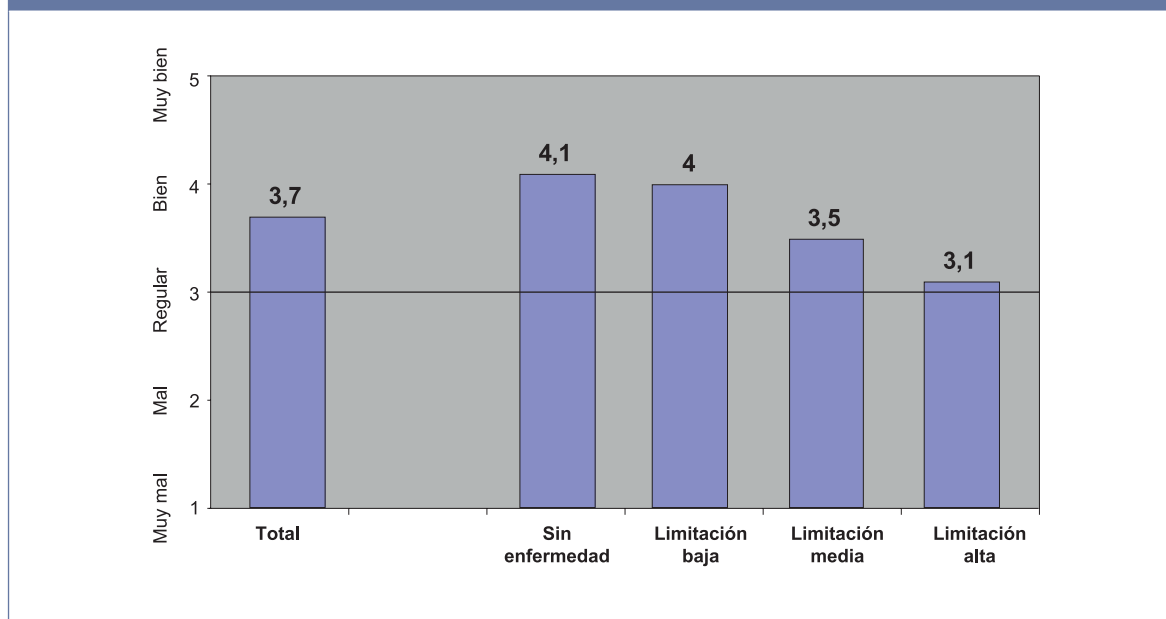
TABLA 12. ¿Cómo diría usted que puede moverse y desplazarse para realizar las actividades de la vida diaria?

	Total (%) (n=1.732)	Limitación por enfermedad o dolencia (%)			
		Ninguna/sin enfermedad (n= 469)	Baja (n= 420)	Media (n=294)	Alta (n=528)
- Muy bien, perfectamente (5)	18,8	28,6	24,3	16,0	7,4
- Bien, lo suficiente (4)	47,7	55,7	59,2	41,8	34,8
- Regular (3)	21,2	13,0	12,1	27,2	32,0
- Mal (2)	7,1	1,9	2,1	9,9	14,2
- Muy Mal (1)	5,1	0,6	2,1	5,1	11,6
- Ns/Nc.	0,1	0,2	0,2	0,0	0,0
Media (Escala 1-5) *	3,7	4,1	4,0	3,5	3,1
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

(En negrita: diferencias significativas para $p < 0,05$)

* La media nos permite resumir la escala "Muy Bien", "Bien", "Regular", "Mal" y "Muy Mal" en un número de la escala 5-1. Se transforma una variable categórica ordinal en una variable numérica discreta, asignando valores a cada categoría.

FIGURA 10. Grado de movilidad según la limitación por enfermedad



De hecho son pocas las personas mayores que declaran no poder realizar actividades solas, sin ayuda de nadie tales como salir a la calle a realizar compras o a pasear y caminar. Tan sólo viajar o coger metro/autobús solas, son actividades en las que se es algo más cauto. **El 78% declara no necesitar ninguna ayuda de nadie para realizar actividades dentro del hogar.** (ver tabla 14). Aunque estos datos tienen sentido en relación con el riesgo de accidentabilidad fuera del hogar deben, sin embargo, ser relativizados en función de dos aspectos:

- La exactitud de la declaración (tendencias a exagerar o a no reconocer determinados hechos o limitaciones).
- Las grandes diferencias según las variables de sexo, edad y estado de salud.

Estos datos podemos verlos en los siguientes cuadros.

TABLA 13. ¿Puede usted solo, sin ayuda de nadie....?

	Base: Total (n=1.732) (%)		
	SI	NO	Ns/Nc
- Viajar.	70,5	28,6	0,9
- Realizar compras y recados en la calle.	84,2	15,7	0,1
- Caminar o pasear por la calle.	88,5	11,4	1,0
- Coger un autobús o el metro.	76,5	22,5	46,0
- Conducir un coche (si dispone carnet de conducir).	34,0	20,0	(Sin carnet)

No obstante no debemos olvidar que una parte importante de la población de mayores, declara depender de otras personas para poder desplazarse por la ciudad y más aún para viajar. Dentro del hogar también se requiere de ayudas para desarrollar muchas de las tareas domésticas. Finalmente se observa el gran número de personas mayores que requiere de soportes materiales de ayuda sobre todo gafas/lentillas, prótesis dentales, calzados o plantillas especiales y uso habitual del bastón.

TABLA 14. Actividades dentro del hogar. Necesita ayuda para... Por sexo y edad							
	Total (%) (n=1.732)	Sexo (%)		Edad (%)			
		Varones (n=724)	Mujeres (n=1.008)	65-70 (n=630)	71-75 (n=448)	76-85 (n=531)	>85 (n=123)
- Tareas domesticas (lavar, cocinar, recoger	18,2	9,0	24,8	9,7	13,6	23,9	53,7
- El baño o la ducha	11,4	5,9	15,3	3,3	6,7	16,4	48,0
- Vestirse	6,2	4,3	7,6	1,9	4,7	8,1	26,0
- Levantarse o acostarse de la cama	5,1	3,0	6,5	1,3	3,6	7,0	22,0
- Aseo simple (peinarse, lavarse	4,7	2,6	6,3	1,0	3,1	6,6	22,0
- Comer	1,8	1,2	2,2	0,2	1,8	1,7	10,6
- No necesita ayuda para ninguna actividad	78,1	88,0	71,0	88,6	84,8	70,6	32,5

(En negrita: diferencias significativas para $p < 0,05$)

TABLA 15. Soportes de ayuda que necesita. Por sexo y edad							
	Total (%) (n=1.732)	Sexo (%)		Edad (%)			
		Varones (n=724)	Mujeres (n=1.008)	65-70 (n=630)	71-75 (n=448)	76-85 (n=531)	>85 (n=123)
- Gafas o lentillas	81,9	79,7	83,5	85,2	81,5	81,4	69,1
- Prótesis dental	56,3	53,5	58,3	47,8	54,7	66,1	63,4
- Calzados o plantillas especiales	10,2	5,0	13,9	10,3	10,5	10,0	8,9
- Bastón (habitualmente)	9,5	8,3	10,3	2,4	7,1	14,9	30,9
- Audífonos	6,2	4,8	7,2	2,9	5,1	10,7	8,1
- Bastón (ocasionalmente)	5,5	5,0	5,9	2,7	4,7	8,5	9,8
- Prótesis ortopédicas	5,2	3,7	6,3	3,7	4,7	7,2	6,5
- Muletas	4,4	1,9	6,3	1,4	4,5	7,2	8,1
- Andador	2,7	0,7	4,1		1,3	4,1	14,6
- Silla de ruedas	2,7	1,7	3,4	1,1	0,9	3,0	15,4
Ninguna	7,3	9,9	5,5	9,2	8,3	4,9	4,9

(En negrita: diferencias significativas para $p < 0,05$)

2.5 HÁBITOS DE VIDA.

Los hábitos de vida se refieren a aquellas costumbres que pueden suponer factores de riesgo de enfermedades tales como el tipo de alimentación, el hábito tabáquico, el sedentarismo, etc. Los hábitos de vida tienen mucho que ver en la accidentabilidad de las personas mayores. No obstante tenemos que decir que al tratarse de una población muy medicalizada como hemos visto (gran número de enfermedades y casi todas ellas en tratamiento), los hábitos de vida; vida social, están muy condicionados por el consejo del médico. Podemos decir que las personas mayores son muy conscientes de mantener hábitos saludables en aras de mejorar su calidad de vida. Este hecho se refleja en sus respuestas.

Actualmente sólo un 8,3% **fuma** (los varones casi un 16%), una media de 14 cigarrillos/día. La cuarta parte lo ha hecho anteriormente y dejó de fumar como promedio a los 52,6 años de edad. Fuman (o han fumado anteriormente), sobre todo los varones (65,1%) y los de edades de 65 a 70 años (37,4%).

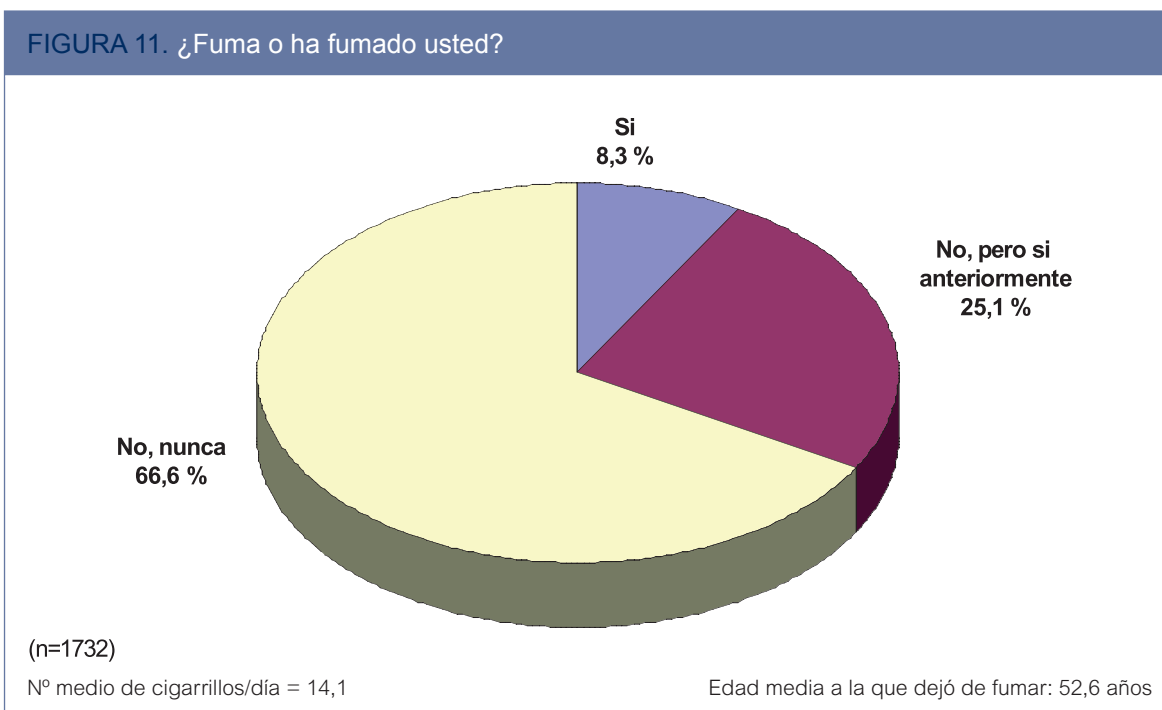
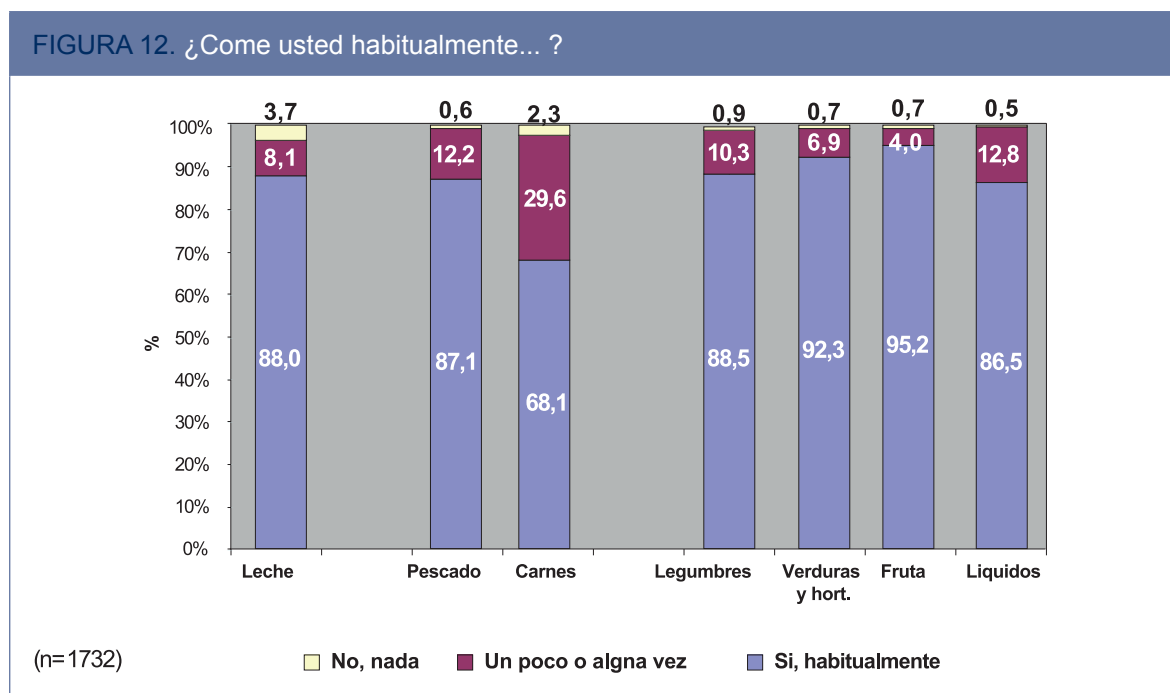


TABLA 16. ¿Fuma o ha fumado?. Por sexo y edad

	Total (n=1.732) (%)	Sexo (%)		Edad (%)			
		Varones (n=724)	Mujeres (n=1.008)	65-70 (n=630)	71-75 (n=448)	76-85 (n=531)	>85 (n=123)
- Sí	8,3	15,7	3,0	11,7	8,5	5,6	1,6
- No, pero si anteriormente	25,1	49,4	7,7	25,7	27,7	23,2	21,1
- No, nunca	66,6	34,9	89,3	62,6	63,8	71,2	77,3
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

(En negrita: diferencias significativas para $p < 0,05$)

La **dieta** declarada es sana y variada. La mayoría come de forma habitual verduras y hortalizas frutas frescas, legumbres, pescados, leche y, lo menos habitual, carnes. Se realizan tres o incluso más de tres comidas al día.



(Diferencias a 100,0% = Sin datos / Ns.Nc.)

TABLA 17. Nº de comidas que hace al día

	Base: Total (n=1.732)
	%
- Una sola	0,2
- Dos (comida y cena)	2,5
- Tres (desayuno, comida y cena)	53,6
- Más de tres (merienda, picar...)	43,6
- Ns/Nc.	0,1
TOTAL	100,0

Hay que distinguir entre **actividad física**, (salir a caminar o pasear por la calle) y la **práctica deportiva** como tal. Ambos son hábitos de vida saludables que evitan uno de los factores de riesgo más importantes y en particular en personas mayores; el sedentarismo. Sin embargo en nuestro estudio debemos considerar las limitaciones objetivas físicas, que en determinados subgrupos de nuestra muestra (más mayores y más enfermos) impiden la realización de estas actividades. Un hábito de vida saludable se convierte entonces en un factor de riesgo de accidentabilidad, sobre todo fuera del hogar.

El 14% de los entrevistados actualmente **practican deportes** y con cierta frecuencia (el 26,9% "todos los días"). No obstante hay que destacar ese 67,5% que declara no practicar ni haber practicado deporte alguno, fruto de la falta de tradición de la práctica deportiva en su juventud. El lugar de práctica deportiva es muy variado, desde centros de rehabilitación o centros de mayores, hasta instalaciones deportivas o gimnasio, el propio hogar, o incluso en el campo o la calle. Esto, como se ha comentado, puede ser un hábito saludable pero también un factor de riesgo, en función de la edad y de las condiciones de salud de la persona.

TABLA 18. Frecuencia de la práctica deportiva	
	Base: Total (n=142) (%)
- Todos los días	26,9
- Tres o mas veces por semana	28,1
- Una o dos veces por semana	35,5
- Menos de una vez por semana	6,6
- Sin datos /Ns. Nc	2,9
TOTAL	100,0

TABLA 19. Localización de la práctica deportiva	
	Base: Total (n=142) (%)
- En casa	12,8
- En centro de mayores / rehabilitación	28,5
- En un gimnasio	19,8
- En instalaciones deportivas	27,7
- En el campo / en la calle	14,5

(Respuesta múltiple)



La mayoría de la muestra declara salir a caminar o pasear por la calle “mucho” (56%) o “un poco” (26%) a diario, y en general durante más de una hora al día. No obstante, el 17% declara no salir “nada” o “muy poco”. Los varones, sin enfermedades o con índices bajos de limitación, así como las personas de entre 65 y 70 años, caminan y pasean significativamente más que las mujeres, que los de más edad y que las personas limitadas por enfermedad.

FIGURA 14. ¿Sale usted a caminar o a pasear por la calle?

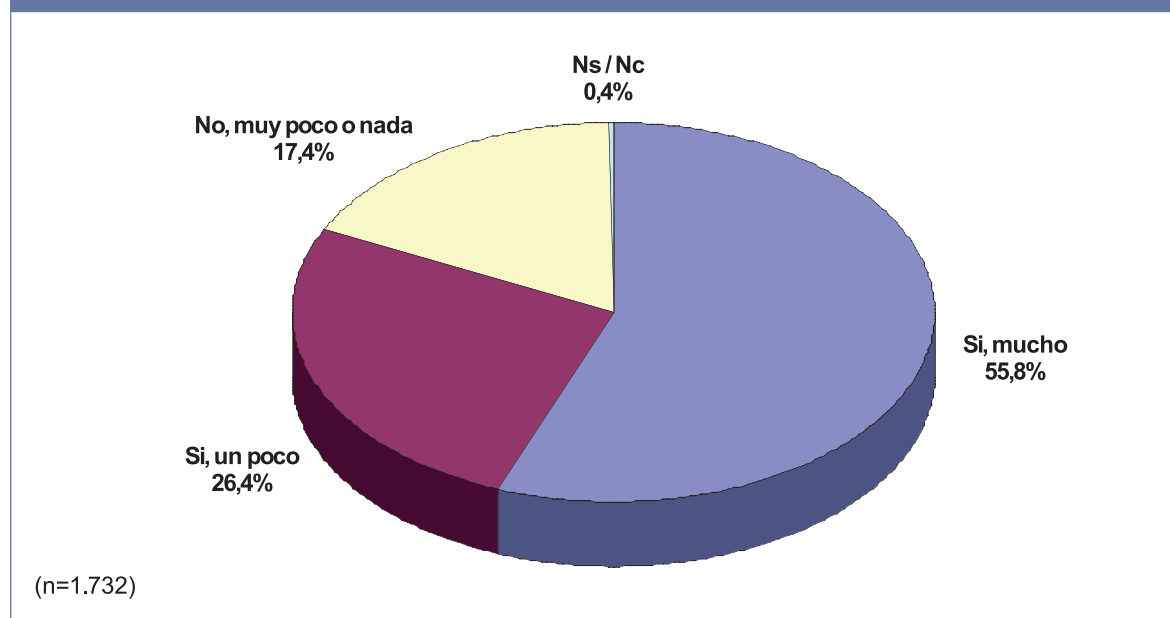


TABLA 20. ¿Sale usted a caminar o pasear por la calle?. Por sexo y edad

	Total (n=1.732) (%)	Sexo (%)		Edad (%)			
		Varones (n=724)	Mujeres (n=1.008)	65-70 (n=630)	71-75 (n=448)	76-85 (n=531)	>85 (n=123)
- Sí, mucho	55,8	69,0	46,2	63,5	60,5	48,8	2
- Sí, un poco	26,4	22,0	29,6	24,4	24,8	29,4	29,3
- No, muy poco o nada	17,4	8,6	23,8	11,3	14,7	21,5	41,4
- Ns./Nc.	0,4	0,4	0,4	0,8	0,0	0,4	0,0
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

(En negrita: diferencias significativas para $p < 0,05$)

TABLA 21. Tiempo que se suele salir a caminar o pasear por la calle

	Base: Total excepto Muy poco/nada. (n=1.423)
	%
- 15 minutos o menos	3,9
- 30 minutos	16,9
- Una hora	26,6
- Una hora y media	12,4
- Dos horas	8,9
- Más de dos horas	5,7
- No especifican, salen a diario	23,3
- Ns / Nc	2,3
TOTAL	100,0

TABLA 22. ¿Sale usted a caminar o pasear por la calle?

	Total (n=1732) (%)	Limitación por enfermedad o dolencia (%)			
		Ninguna/sin enfermedad (n=469)	Baja (n=420)	Media (n=294)	Alta (n=528)
- Sí, mucho	55,8	65,0	66,7	49,0	42,0
- Sí, un poco	26,4	22,5	21,4	30,3	29,5
- No, muy poco o nada	17,4	12,4	11,9	20,1	28,0
- Ns./Nc.	0,4	0,0	0,0	0,7	0,4
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

(En negrita: diferencias significativas para $p < 0,05$)

2.6 ACTIVIDAD COTIDIANA.

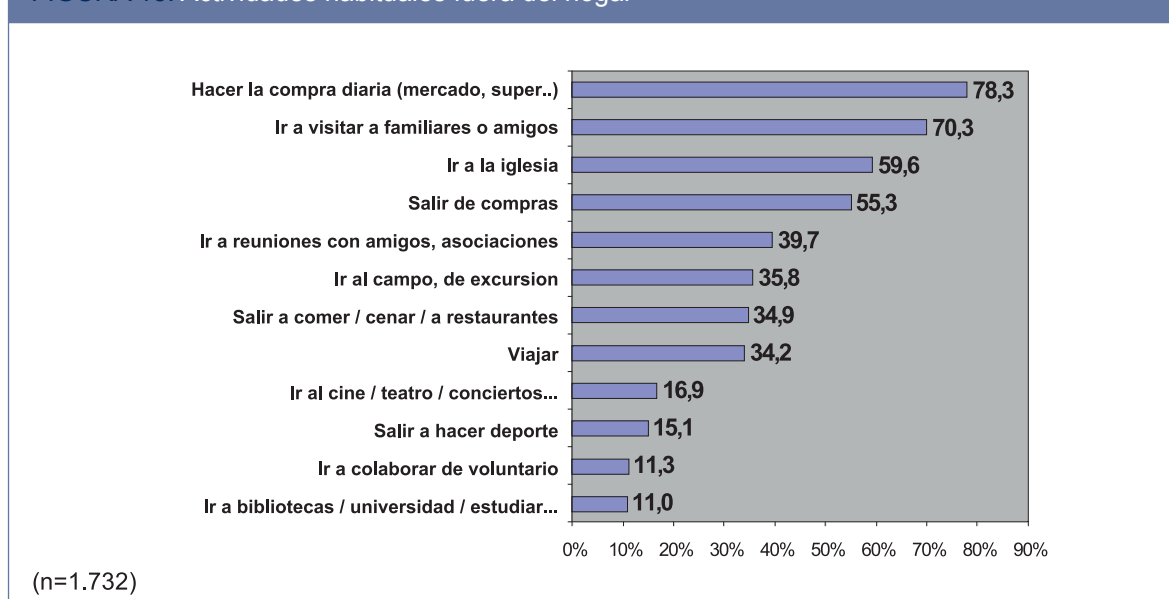
Al igual que otros hábitos de vida saludables, la actividad diaria y las relaciones sociales son en principio un factor muy positivo para el estado de salud de las personas mayores sobre todo por el hecho de contribuir a mantener un equilibrio psíquico, emocional y afectivo. Sin embargo, hay que considerar que todo ello supone "salir", desplazarse y pasar tiempo fuera del hogar con lo que aumenta también el riesgo de accidentabilidad.

Pedíamos a los entrevistados que nos dijeran si en el momento de la entrevista y de forma habitual, llevaban a cabo algunas de las actividades fuera del hogar que les íbamos señalando. El resultado nos muestra un alto grado de participación y de actividad social con una media de **4,7 actividades fuera del hogar de forma habitual**. Casi el 40% de la muestra declara llevar a cabo entre 4 y 6 actividades como las descritas, e incluso un 25,8% declara que habitualmente desarrolla 7 o más de las actividades propuestas.

Esta actividad social y en el exterior del hogar es significativamente mayor entre los hombres (media = 5,1 actividades), entre los 65 y 70 años (5,7 actividades) así como, lógicamente, entre los que no padecen enfermedad (5,3 actividades) y disminuye de forma muy ostensible entre sus contrarios.

El tipo de actividades fuera del hogar son a partes iguales actividades necesarias u "obligatorias" tales como salir al mercado (llevada a cabo en mayor medida por mujeres), pero también actividades lúdicas o puramente sociales como es el visitar a amigos o familiares, a reuniones, etc. Llevadas a cabo en mayor medida por los varones y los más jóvenes. Es destacar el hecho de un 16,2% de las personas de entre 65 y 70 años va a la universidad o a las bibliotecas a estudiar. Estos datos podemos verlos en los siguientes cuadros y gráficos.

FIGURA 15. Actividades habituales fuera del hogar



(Respuesta múltiple)

TABLA 23. Actividades y relaciones sociales; suelen habitualmente...							
	Total (n=1.732) (%)	Sexo (%)		Edad (%)			
		Varones (n=724)	Mujeres (n=1.008)	65-70 (n=630)	71-75 (n=448)	76-85 (n=531)	>85 (n=123)
- Hacer la compra diaria.	78,3	77,1	79,2	87,1	82,4	73,8	37,4
- Ir a visitar a familiares o amigos.	70,3	77,5	65,2	80,6	70,1	65,7	38,2
- Ir a la iglesia.	59,6	49,3	67,0	59,5	61,6	60,6	48,0
- Salir de compras.	55,3	55,8	54,9	65,6	57,1	49,3	21,1
- Ir a reuniones con amigos, asociación.	39,7	48,1	33,7	48,6	40,6	33,9	16,3
- Ir al campo, de excursión.	35,8	46,8	27,9	46,5	37,3	27,1	13,0
- Salir a comer / cenar a restaurantes.	34,9	40,7	30,7	44,8	35,5	27,1	15,4
- Viajar.	34,2	42,8	28,0	46,8	34,4	25,2	7,3
- Ir al cine / teatro / conciertos.	16,9	15,6	17,8	24,9	14,1	12,6	4,1
- Salir a hacer deporte.	15,1	15,3	14,9	20,5	15,4	11,5	1,6
- Ir a colaborar de voluntario.	11,3	12,8	10,1	14,6	11,4	9,0	3,3
- Ir a bibliotecas / universidad / estudiar	11,0	12,3	10,1	16,2	10,9	6,8	3,3

(En negrita: diferencias significativas para $p < 0,05$)

TABLA 24. Nº de actividades sociales (Habitualmente). Por sexo y edad							
	Total (n=1.732) (%)	Sexo (%)		Edad (%)			
		Varones (n=724)	Mujeres (n=1.008)	65-70 (n=630)	71-75 (n=448)	76-85 (n=531)	>85 (n=123)
- Menos de 3 actividades habitualmente	34,9	30,4	38,1	22,4	32,1	42,8	74,7
- 4 / 6 actividades habitualmente	39,3	39,4	39,3	40,0	42,2	40,1	22,0
- 7 y más actividades habitualmente	25,8	30,2	22,6	37,6	25,7	17,1	3,3
Media (Nº medio de actividades)	4,7	5,1	4,5	5,7	4,8	4,1	2,1
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

(En negrita: diferencias significativas para $p < 0,05$)

TABLA 25. Nº de actividades sociales (Habitualmente). Por grado de limitación					
	Total (n=1.732) (%)	Limitación por enfermedad o dolencia (%)			
		Ninguna/sin enfermedad (n=469)	Baja (n=420)	Media (n=294)	Alta (n=528)
- Menos de 3 actividades habitualmente	34,9	28,6	26,0	36,1	46,8
- 4 / 6 actividades habitualmente	39,3	38,8	42,4	40,1	37,1
- 7 y más actividades habitualmente	25,8	32,6	31,7	23,8	16,1
Media (Nº medio de actividades)	4,7	5,3	5,3	4,7	3,8
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

(En negrita: diferencias significativas para $p < 0,05$)

2.7 ACCIDENTABILIDAD.

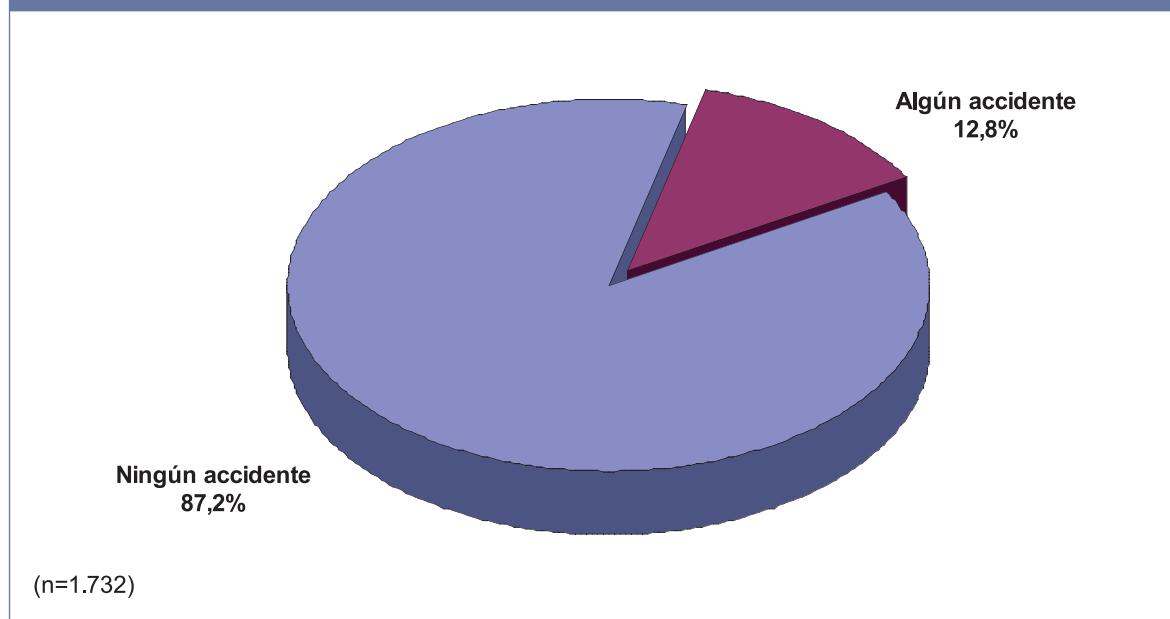
2.7.1 INCIDENCIA.

La tasa de incidencia de accidentes es el nº de personas que han sufrido algún accidente por cada 100 elementos de la muestra. Para obtener la tasa de incidencia de la accidentabilidad fuera del hogar con el máximo rigor, se han realizado en primer lugar una serie de preguntas para asegurar la respuesta a la vez que se hacía un recordatorio. Para no incidir en error les pedimos a los entrevistados que recordaran si durante “*el año pasado o éste*”¹⁴ habían tenido algún tipo de accidente, caída o problemas similares, insistiendo en que hicieran memoria si no recordaban. Posteriormente se les pedía si esos accidentes fueron “*dentro de casa o fuera de casa, en la calle*” y finalmente confirmábamos la respuesta, el tiempo y el lugar.

Hay que distinguir en este informe entre personas accidentadas y número de accidentes ya que en muchas ocasiones, como es el caso, se sufre más de un accidente. Las características de los accidentes por tanto, se refieren a los accidentes no a las personas. Por ello, se pidieron datos de los últimos 5 accidentes que hubieran tenido independientemente de su gravedad.

El 12,8% de las personas de 65 y más años residentes en España ha sufrido algún accidente fuera del hogar en el plazo aproximado de un año. Con un promedio de 1,5 accidentes/accidentado. Se estima en consecuencia que en España se accidentan fuera del hogar casi 1.000.000 personas mayores de 65 años al año y se generan 1.500.000 accidentes fuera del hogar.

FIGURA 16. Tasa de accidentabilidad en personas mayores de 65 años, fuera del hogar



¹⁴ La referencia temporal se ha pensado teniendo en cuenta las posibilidades de recuerdo y de comprensión con el menor error posible. Ejemplo: En marzo de 2010 se les pregunta por los accidentes sufridos “el año pasado o éste”. Técnicamente son 15 meses, sin embargo esta referencia estará siempre muy limitada debido a la imposibilidad de evitar errores de recuerdo o percepción.

Esta tasa es significativamente mayor en el caso de:

- Las mujeres (16,3%).
- Las edades entre 71 y 75 años (15,0%)
- Las personas con un índice de limitación por enfermedad “medio” (14,6%) y sobre todo “alto” (18,6%).
- Las personas que viven solas (16%).
- Las personas con menos estudios (14%)
- Residentes en la zona geográfica Centro (15%) y en ciudades entre 100.000 h. y 500.000 h.
- Las personas polimedicadas con más de 4 pastillas/día (18%).
- Los que tienen una actividad fuera del hogar de tipo medio, entre 4 y 6 actividades habitualmente (15%).

El hecho de que las mujeres doblen la tasa de accidentabilidad de los hombres posiblemente obedece a la mayor edad de las mujeres (media: 75 años), pero sobre todo, a su peor estado de salud y limitación causada por enfermedades tales como artritis, artrosis y osteoporosis.

Este perfil nos indica que la accidentabilidad de las personas mayores fuera del hogar viene determinado por los condicionantes personales de su estado físico y de salud, por el entorno familiar que tengan y en menor medida por el entorno ambiental exterior en el que residen y en el que tienen actividades externas al hogar (lo que a su vez se relaciona con su edad y estado físico).

Estos datos podemos observarlos en los siguientes cuadros y gráficos.

TABLA 26. Accidentes fuera del hogar. Por sexo y edad							
	Total (n=1.732) %	Sexo (%)		Edad (%)			
		Varones (n=724)	Mujeres (n=1.008)	65-70 (n=630)	71-75 (n=448)	76-85 (n=531)	>85 (n=123)
- Ningún accidente	87,2	92,0	83,7	88,9	85,0	86,8	87,8
- Algún accidente	12,8	8,0	16,3	11,1	15,0	13,2	12,2
Media (Nº medio de accidentes) *	1,5	1,6	1,5	1,4	1,8	1,5	1,1
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

(En negrita: diferencias significativas para $p < 0,05$)

(*) Nº de accidentes que han tenido las personas que se han accidentado.

TABLA 27. Accidentes fuera del hogar. Por grado de limitación					
	Total (n=1.732) %	Limitación por enfermedad o dolencia (%)			
		Ninguna/sin enfermedad (n=469)	Baja (n=420)	Media (n=294)	Alta (n=528)
- Ningún accidente	87,2	93,2	88,8	85,4	81,4
- Algún accidente	12,8	6,8	11,2	14,6	18,6
Media (Nº medio de accidentes) *	1,5	1,6	1,2	1,6	1,7
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

(En negrita: diferencias significativas para $p < 0,05$)

(*) Nº de accidentes que han tenido las personas que se han accidentado.

FIGURA 17. Perfil de accidentabilidad (I)

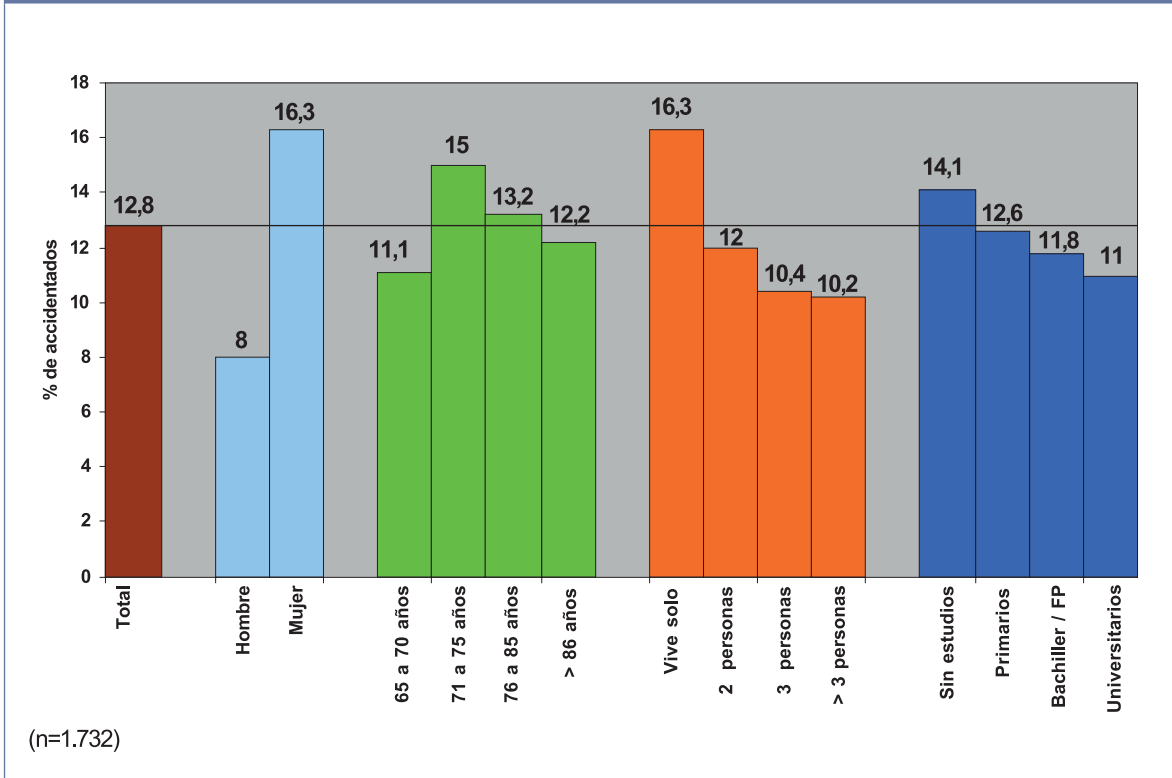
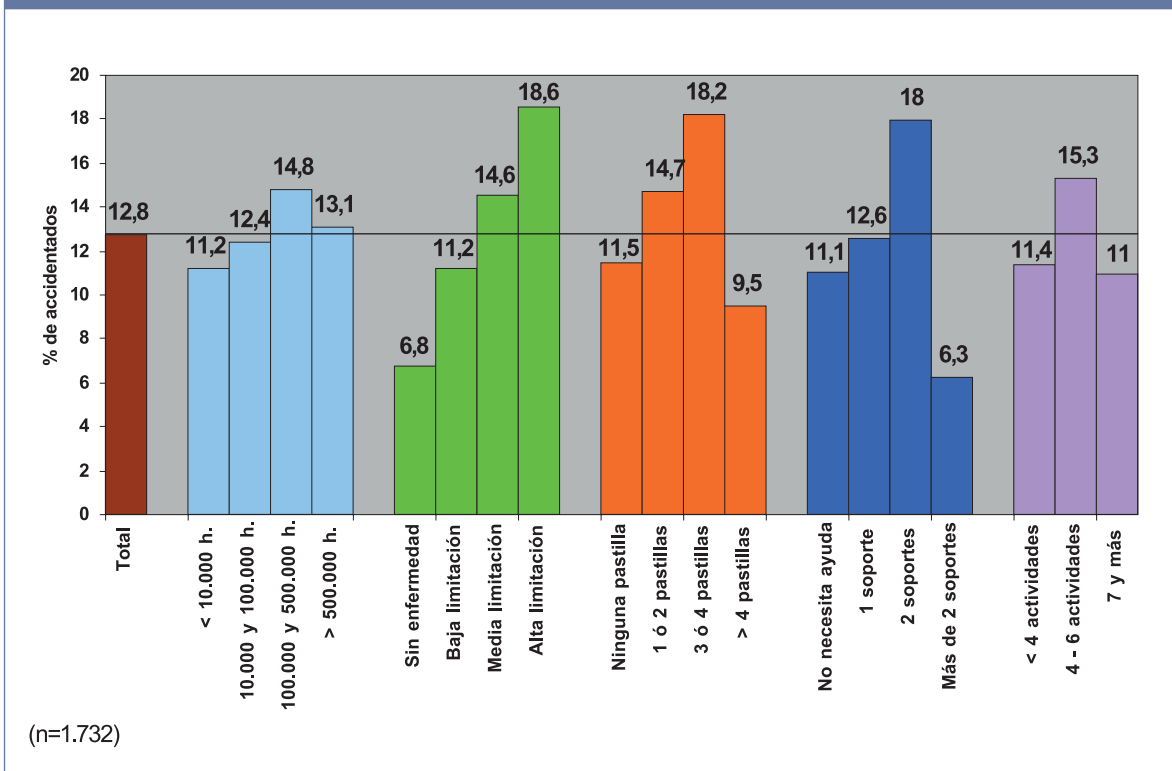


FIGURA 18. Perfil de accidentabilidad (II)

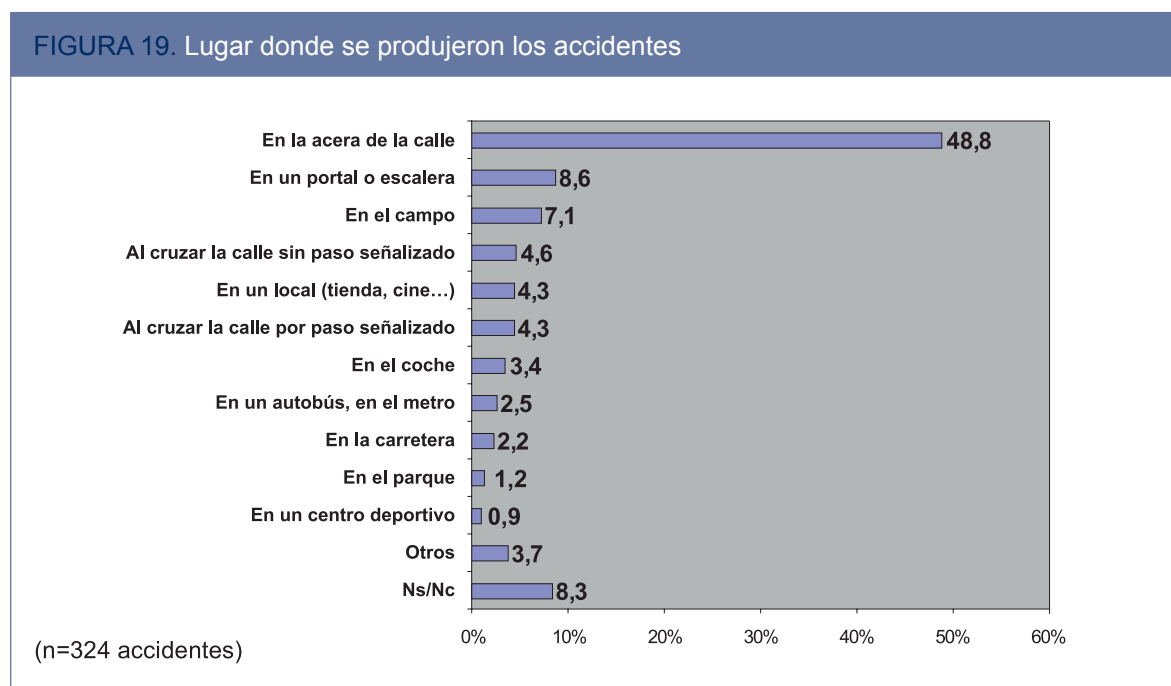


2.7.2 TIPOS Y CARACTERÍSTICAS DE LOS ACCIDENTES.

Se recogieron datos de 324 accidentes a partir de la información dada por 222 personas accidentadas (12,8%). Cabe indicar que la practica totalidad de estos accidentes se refieren a caídas en la calle (81%) y en mucha menor medida accidentes de tráfico conduciendo (4%), luxaciones y torceduras sin caída (4%), atropellos (3%) o golpes contra puertas, cornisas, etc.

La inmensa mayoría de los accidentes (de las caídas) se produjeron en la acera de la calle (49%) y ya en menor medida, en la propia escalera o portal de su casa (9%) o un 7% que se accidenta en el campo, tal y como se detalla en el siguiente cuadro y gráfico:

TABLA 28. Tipos de accidentes sufridos	
	Sobre total de personas accidentadas Base: (n=222)
	%
- Caídas	80,6
- Accidentes de tráfico (Conduciendo)	4,1
- Torceduras de pie, luxaciones	3,6
- Atropellos	2,7
- Golpes (Contra puertas, cornisas...)	2,7
- Mareos, lipotimias, desmayos...	2,3
- Accidentes de tráfico (de pasajero)	1,8
- Cortes	0,9
- Desorientación, pérdidas	0,9
- Quemaduras	0,5
- Otros	0,5



2.7.3 MOTIVOS DE LOS ACCIDENTES.

La mayoría de los accidentes tiene que ver con la pérdida de control espacial y coordinación física de la persona accidentada (tropezones, resbalones, distracciones, mareos, etc.). Después aparecen en mucha menor medida factores ambientales del entorno urbano; obras, aglomeraciones, tráfico, etc. También hay que destacar un 9% de los accidentes en los que la persona no supo o no se pudo dar explicación al motivo del mismo.

Resulta muy significativo el hecho de que en la mayoría de los accidentes, la persona accidentada iba sola, confirmando la importancia que tiene el factor de apoyo social/familiar en la accidentabilidad. Además, este hecho (estar sin compañía) es causa de mayor riesgo cuanto más edad tiene la persona accidentada y, sobre todo, cuando es mujer.

FIGURA 20. Motivos de los accidentes

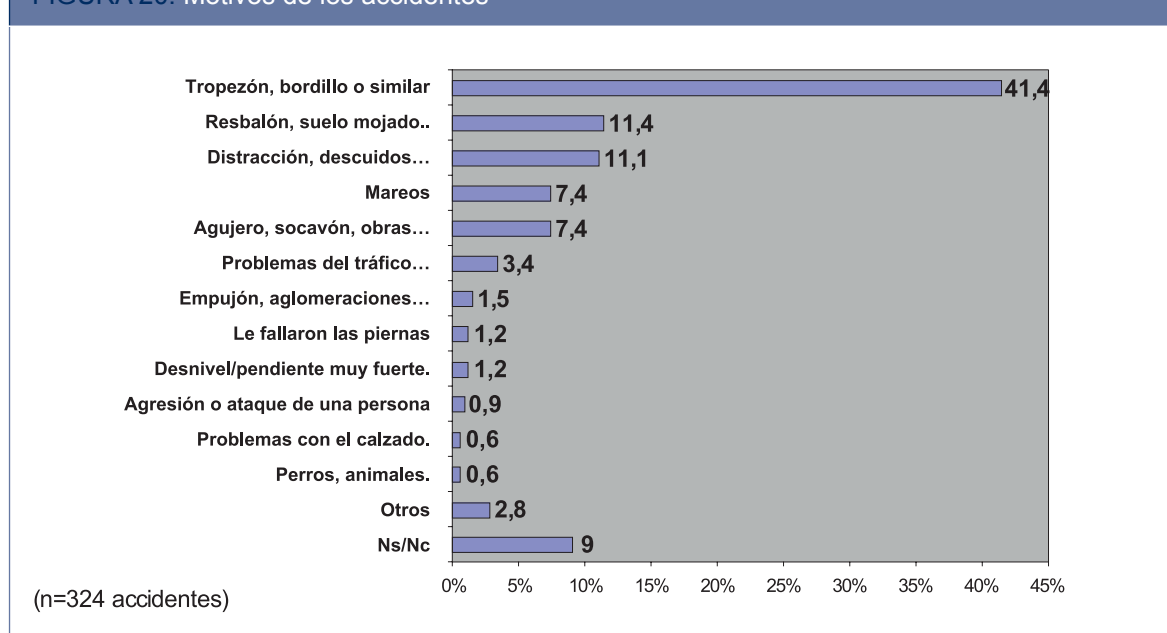


TABLA 29. ¿Iba acompañado o solo en el momento del accidente?. Por sexo y edad

	Total (%) (n=324)	Sexo (%)		Edad (%)			
		Varones (n=86)	Mujeres (n=238)	65-70 (n=94)	71-75 (n=112)	76-85 (n=101)	>85 (n=17)
- Solo	61,7	58,2	63,0	51,1	62,5	69,3	70,6
- Acompañado (*)	31,8	30,2	32,4	43,6	26,8	26,7	29,4
- Ns/Nc.	6,5	11,6	4,6	5,3	10,7	4,0	0,0
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

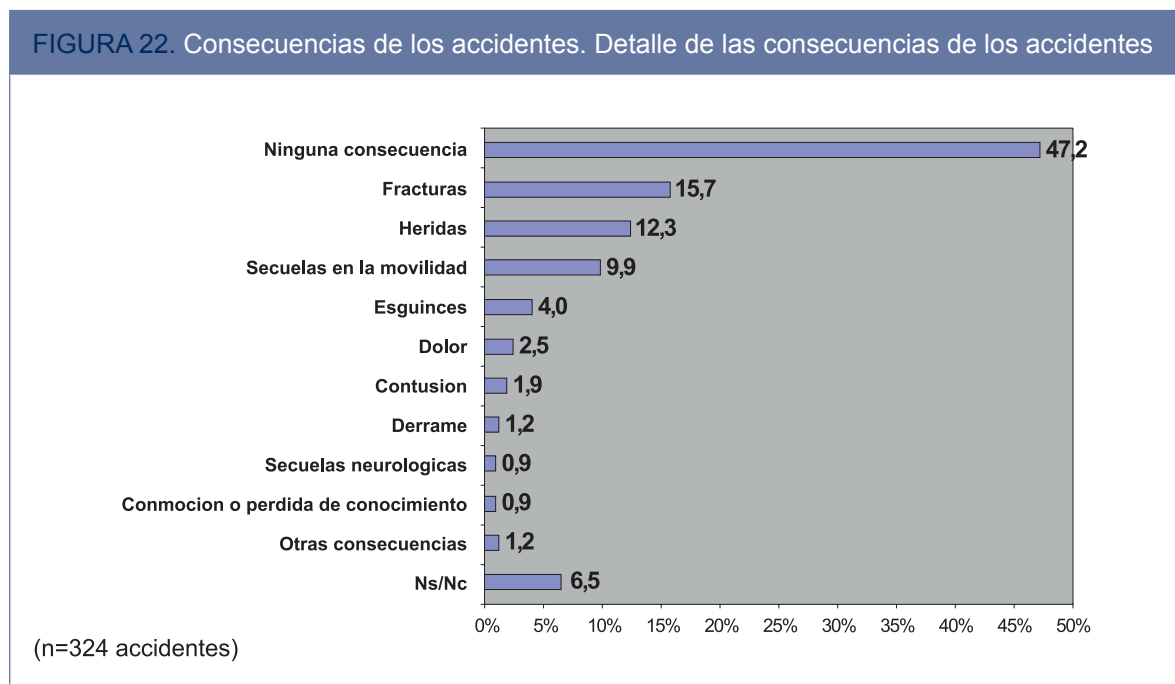
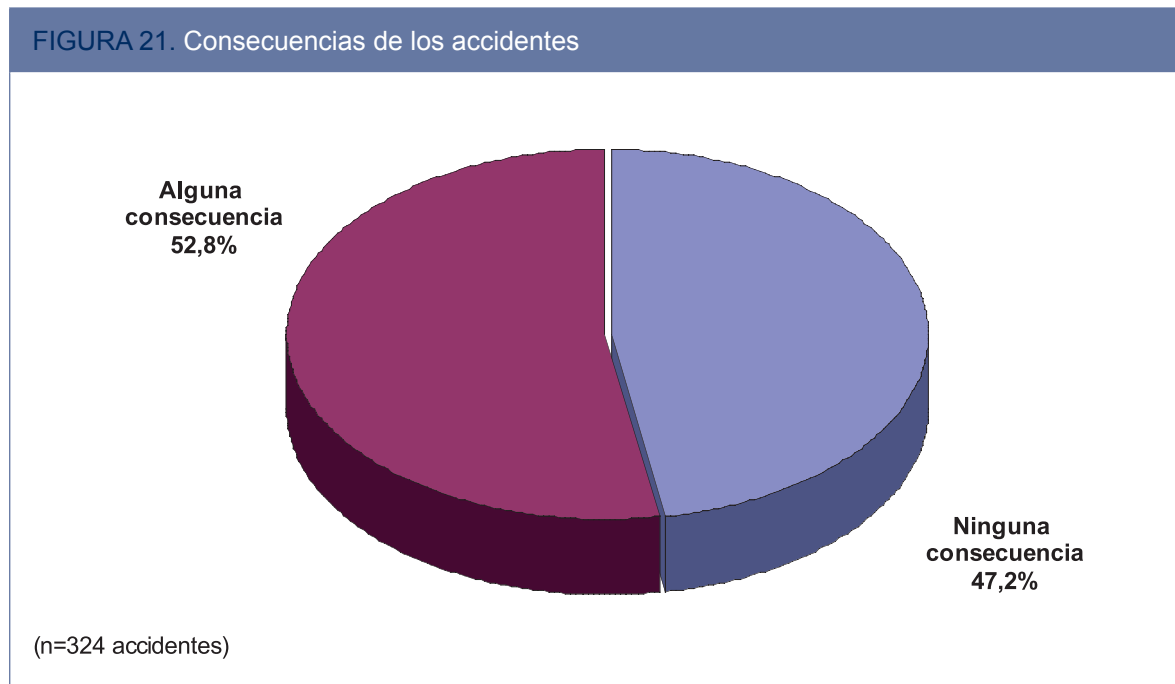
(En negrita: diferencias significativas para $p < 0,05$)

(*)

- De un familiar/ amigo (91,3%)
- De un cuidador o persona de ayuda (1,9%)
- Otros (6,8%)

2.7.4 CONSECUENCIAS DE LOS ACCIDENTES

Aunque una gran parte de los accidentes sufridos por las personas en la calle, no tuvieron ninguna consecuencia (47,2%), el resto sí los tuvieron y supusieron lesiones de cierta gravedad. Así en el 15,7% de los accidentes se produjeron fracturas y en el 12,3% heridas. Un 9,9% de los casos dejaron secuelas en la movilidad de las personas. De hecho estos accidentes con consecuencias supusieron a los accidentados el uso de soportes de ayudas tales como muletas, material de ortopedia, bastones o andadores. Estas consecuencias directas del accidente fueron significativamente más relevantes en el caso de las mujeres, tal y como se refleja en la tabla 28.



(Respuesta múltiple)

Los accidentes que tuvieron consecuencias fueron el 53% (171 accidentes). Como promedio, las consecuencias de estos accidentes, permanecieron 78 días, en 38 de esos casos registrados, todavía las consecuencias en el momento de la entrevista se mantenían.

Tiempo promedio de duración de las consecuencias

(171 accidentes con consecuencias):

- 133 casos: 77,9 días.
- 38 casos: Todavía se mantenían.

TABLA 30. Consecuencias de los accidentes

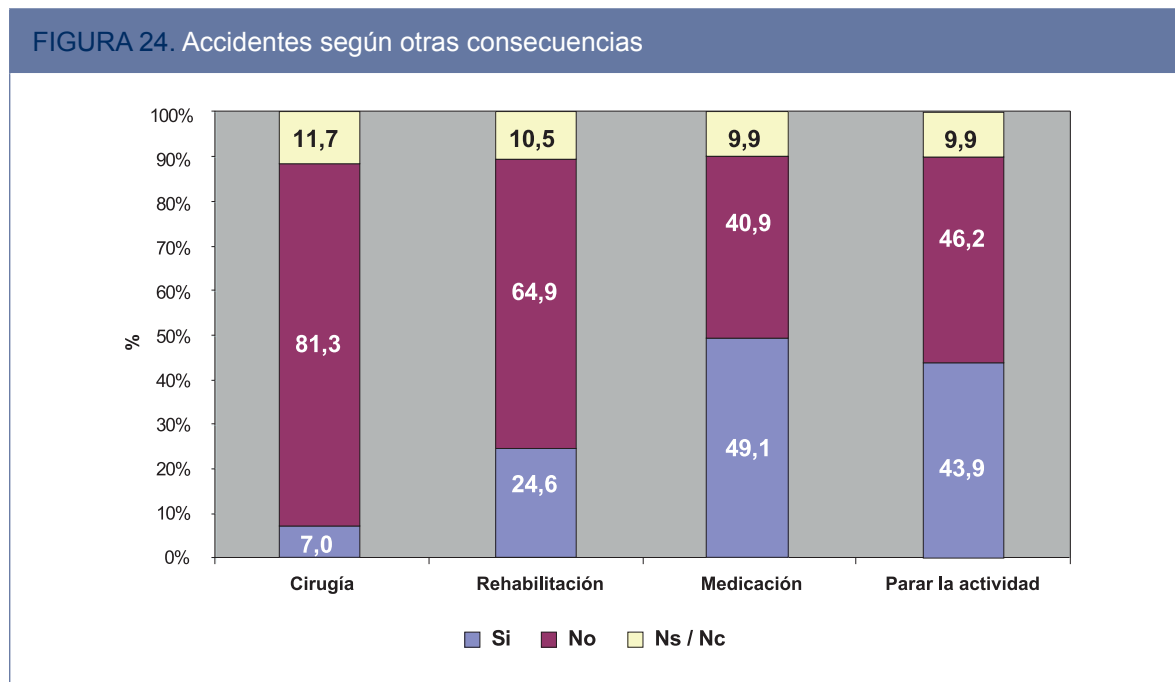
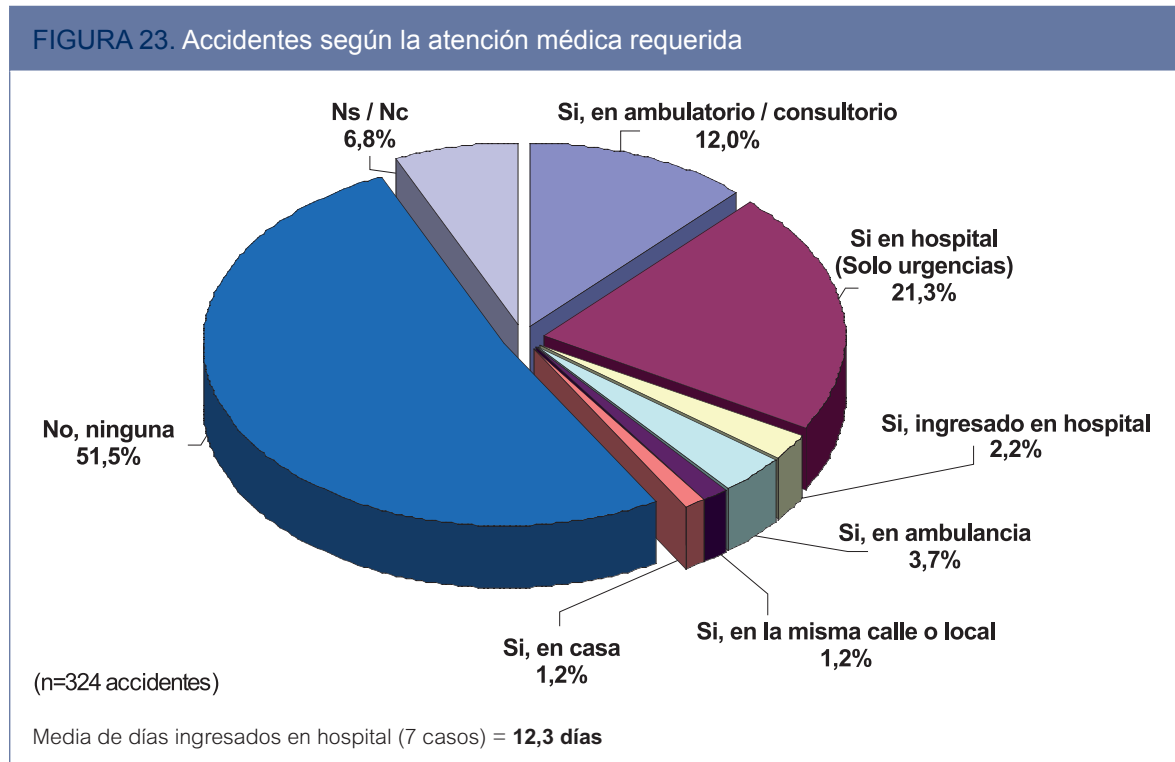
	Total (n=324 accidentes)	Sexo (%)	
		Varones (n=86)	Mujeres (n=238)
- Ninguna consecuencia.	47,2	52,3	45,4
- Fractura.	15,7	10,5	17,6
- Heridas.	12,3	10,5	13,0
- Secuelas en la movilidad.	9,9	5,8	11,3
- Esguince.	4,0	--	5,5
- Dolor.	2,5	3,5	2,1
- Contusión.	1,9	4,7	0,8
- Derrame.	1,2	--	1,7
- Otras consecuencias.	1,2	--	1,7
- Conmoción/pérdida de conocimiento.	0,9	2,3	0,4
- Secuelas neurológicas.	0,9	1,2	0,8
- Sin datos	6,5	11,6	4,6

(En negrita: diferencias significativas para $p < 0,05$)

TABLA 31. Como consecuencia del accidente...

	Sobre el total de accidentes con consecuencias. (n=171 accidentes) %
Requiere llevar muletas	11,1
Requiere material de ortopedia	4,7
Tiene que utilizar bastones	3,5
Tiene que utilizar andadores	1,8
Necesita prótesis	0,6
Necesita silla de ruedas	0,6

Aunque el 51,5% de los accidentes (166 casos) no requirió ningún tipo de atención médica, un 21,3% (69 casos) requirieron un ingreso en urgencias hospitalarias y el 2,2% (7 casos) quedar ingresado en el hospital un promedio de 12 días. El resto únicamente requirió atención en el ambulatorio o en el centro de salud.



El impacto en la calidad de vida de las personas accidentadas también es elevado, de hecho los accidentes registrados que tuvieron alguna consecuencia (fracturas, heridas, contusiones, etc.), en un 7% de los casos requirieron de cirugía, el 24,6% necesitó tratamientos de rehabilitación, durante un promedio de 37,4 días, casi el 50% se les prescribieron tratamientos farmacológicos y el 44% de los accidentes supuso el cese en la actividad cotidiana durante 51 días como promedio.

2.8 ACTITUDES ANTE LA SEGURIDAD Y LOS ACCIDENTES.

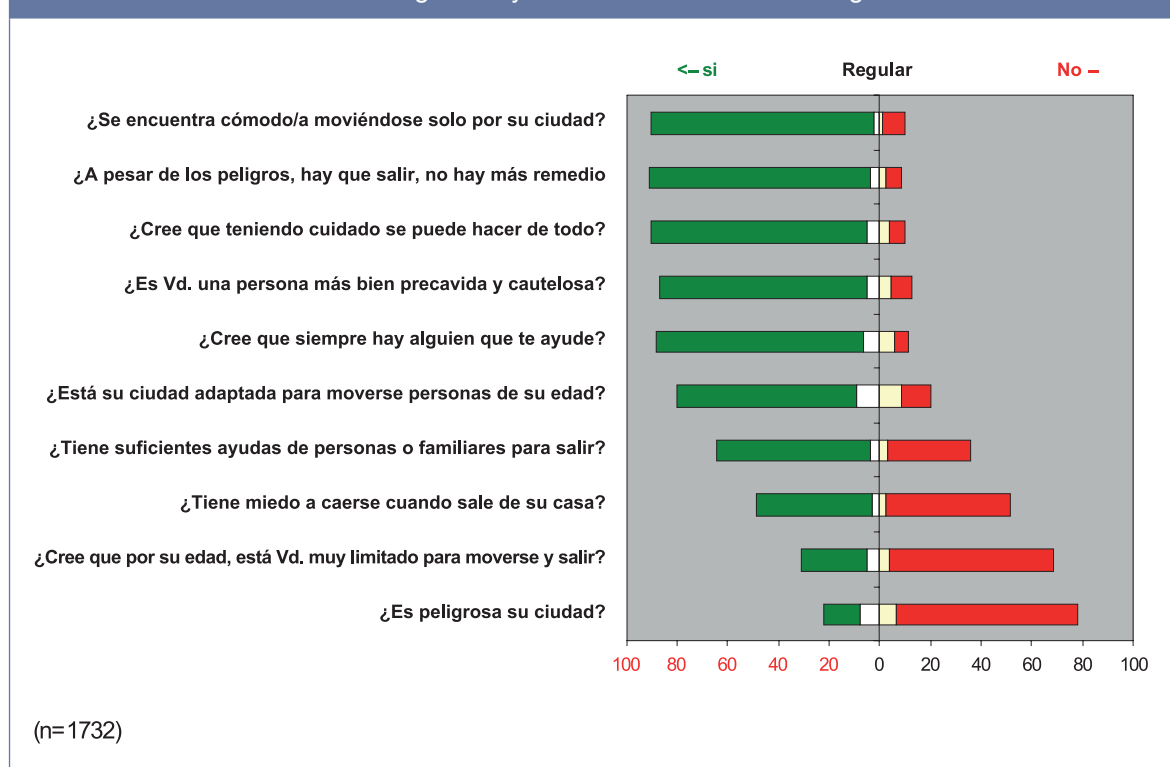
La actitud de las personas mayores ante la seguridad y los accidentes fuera del domicilio es importante a la hora de abordar estrategias de prevención o de información y pueden llegar a determinar el éxito o fracaso de las mismas. La "actitud" que se tiene, a diferencia de la "opinión" que se declara, nos refleja los comportamientos reales ante una situación. No tienen porqué ser conscientes ni fruto de la reflexión.

Por ello y para tratar de detectar esas actitudes, se solicitó a los entrevistados que nos indicaran si ellos compartían o no, algunos comportamientos tópicos ante la seguridad al salir de casa y que reflejaría formas antagónicas de entender y abordar la seguridad y la prevención de accidentes fuera del hogar. La autoidentificación mayor o menor con estos comportamientos nos permitirá ver la actitud general y la específica de cada grupo. Los resultados obtenidos se reflejan en el siguiente cuadro y gráfico.

TABLA 32. Opiniones y actitudes ante la seguridad

	Base: total, n=1.732		
	SI	Regular	NO
	%	%	%
¿Se encuentra cómodo/a moviéndose solo por su ciudad?	87,6	3,8	8,6
¿A pesar de los peligros, piensa que hay que salir, no hay más remedio?	87,5	6,2	6,3
¿Cree que teniendo cuidado se puede hacer de todo?	85,2	9,2	5,6
¿Cree que siempre hay alguien que te ayude?	81,8	12,5	5,7
¿Es usted una persona más bien precavida y cautelosa?	81,8	9,5	8,7
¿Está su ciudad adaptada para moverse personas de su edad?	70,6	17,7	11,8
¿Tiene suficientes ayudas de personas o familiares para salir?	60,5	6,8	32,7
¿Tiene miedo a caerse cuando sale de su casa?	45,2	5,6	49,2
¿Cree que por su edad, está usted muy limitado para moverse y salir?	26,2	9,1	64,7
¿Es peligrosa su ciudad?	14,3	14,5	71,1

FIGURA 25. Actitudes ante la seguridad y los accidentes fuera del hogar



De estos cuadros y gráficos se deduce que la actitud general de las personas mayores es positiva y fundamentada en la precaución, pero siendo ambiciosas en cuanto a sus potencialidades de movilidad y con una gran autoestima, sabiendo que las limitaciones, aún siendo reales, no deben impedir salir y disfrutar de la vida. Por ejemplo, se rechaza la idea de estar limitado por la edad (65%), que -con cuidado- se puede “*hacer de todo*” (85%) y que a pesar de los peligros “*hay que salir*”, (88%) encontrándose “*cómodo al moverse sólo por la ciudad*” (88%). Todo ello considerando que se autodefinen como personas cautelosas y precavidas y que realmente se tiene un cierto miedo a las caídas. **En definitiva, una actitud madura y racional que aún reconociendo ciertas limitaciones, se resiste a “enclaustrarse” en el interior del hogar.**

Ésta es la actitud general. Existen grupos con actitudes antagónicas que responden a perfiles muy distintos unos de otros y respecto de los que hay que seguir diferentes estrategias de comunicación. Para ello hemos realizado un análisis multivariable (*cluster analysis*) que nos ha permitido segmentar 4 tipologías o grupos homogéneos internamente y heterogéneos entre sí, que responden a muy distintas formas de abordar y entender la seguridad fuera del hogar.

Los Grupos determinados por el análisis de cluster quedan definidos de la siguiente manera:

- **GRUPO 1: “Más Temerosos”.** Este grupo está formado por el 27% de la muestra y lo definimos como un grupo excesivamente precavido y temeroso de los peligros fuera del hogar, con menos motivos que los demás. Aún reconociendo que disponen de ayudas y de que sus limitaciones no son extremas. Ellos mismos se definen, en mayor medida que el resto, como precavidos y cautelosos. En este grupo se reflejan *significativamente más* que en los demás, los siguientes hechos:
 - Tienen más “*miedo a caerse cuando salen de su casa*”.
 - Creen que “*por su edad están muy limitados para moverse y salir*”.
 Sin embargo...
 - “*Tienen suficientes ayudas de personas o familiares para salir*”.
 - Se consideran más “*precavidos y cautelosos*” que los demás.
 En este grupo están **significativamente más representados** que en el total:
 - Las mujeres (72%).
 - Sin estudios o con estudios primarios incompletos (46%).
 - Auto-valoran su estado de salud como “*regular*” (50%).
 - Utilizan más soportes de ayuda (72%).
 - Sufren más accidentes que los demás (17%).

- **GRUPO 2: “Menos dependientes y activos”.** Este grupo está formado por el 34% de las personas mayores de 65 años. Es el grupo contrario al anterior. Lo definimos como un grupo sin miedo aunque con motivos ya que disponen de ayudas, pero sobre todo no se sienten limitados por la edad. En este grupo se reflejan *significativamente más* que en los demás, los siguientes hechos:
 - No tienen “*miedo a caerse cuando salen de su casa*”.
 - Sí disponen de “*suficientes ayudas de personas o familiares para salir*”.
 - No “*creen que por su edad estén muy limitados para moverse y salir*”.
 En este grupo están **significativamente más representados** que en el total:
 - Los varones más jóvenes, de 65-70 años (43%).
 - Con estudios universitarios (12%).
 - Auto-valoran su estado de salud como “*Bueno*” y “*Muy bueno*” (65%).
 - Libres de enfermedad y con el más bajo índice de Limitación por enfermedad (32%).
 - Utilizan menos soportes de ayuda (39%).
 - Tienen un alto grado de actividad social fuera del hogar (77%).
 - Sufren menos accidentes que los demás (9%).

- **GRUPO 3: “Más dependientes”.** Éste es un grupo pequeño formado por el 13% de la muestra. Lo definimos así porque su perfil de actitudes es muy significativo. Se trata de un grupo en una situación muy débil y precaria respecto de su seguridad y accidentabilidad, que se refleja en actitudes derrotistas y de pérdida de la confianza e incluso de la esperanza. Se puede decir que es un grupo que “ha tirado la toalla”.

En este grupo se reflejan *significativamente más* que en los demás, los siguientes hechos:

- Tienen “miedo a caerse cuando salen de su casa”.
- Creen que “no disponen de suficientes ayudas familiares para salir”.
- Consideran que “por su edad están muy limitados para moverse y salir”.
- No se sienten “cómodos moviéndose solos por la ciudad”.
- No creen que “teniendo cuidado se puede hacer de todo”.
- Creen que “la ciudad no esta adaptada para moverse personas de su edad”.
- Creen que la “ciudad es peligrosa”.
- Creen menos que los demás que “a pesar de todo hay que salir”.
- Creen menos que los demás que “siempre hay alguien que te ayuda”.

En este grupo están **significativamente más representados** que en el total:

- Las mujeres (80%).
- Las personas de más edad; 76-85 y más de 85 años (60%).
- Viven solos (aunque también tienen cuidadores a tiempo parcial) (34%).
- Sin estudios o primarios incompletos (55%).
- Residentes en grandes ciudades de más de 500.000 h (23%).
- Con un alto índice de morbilidad y de limitación por enfermedades (38%).
- Con una peor autovaloración de su estado de salud (“Malo” y “Muy malo”) (42%).
- Con menos actividades sociales fuera del hogar (“ninguna” o “una”) (65%).
- Con más accidentes fuera del hogar (17%).

- **GRUPO 4: “Más independientes y valerosos”.** Este grupo lo conforma el 26% de la muestra y se define como un grupo muy similar al grupo 2 pero que a diferencia de éste dispone de menos ayudas familiares y están más solos. Con una actitud muy vital, positiva y optimista. No tienen miedo a salir y su vivencia de la ciudad y de las actividades fuera del hogar es plena.

En este grupo se reflejan *significativamente más* que en los demás, los siguientes hechos:

- No tienen “miedo a caerse cuando salen de su casa”.
- No disponen de “suficientes ayudas de personas o familiares para salir”.
- No “creen que por su edad estén muy limitado para moverse y salir”.

En este grupo están **significativamente más representados** que en el total:

- Los varones (48%).
- De 65 a 70 años (40%).
- Con estudios de bachillerato y universitarios (13%).
- Residentes en ciudades grandes de más de 100.000 h (49%).
- Con buen estado de salud (13%), baja morbilidad (35%) e índice de limitación por enfermedad.
- Con gran actividad social fuera del hogar; 3 y más de 3 actividades (86%).

FIGURA 26. Actitudes ante la seguridad. Grupos tipológicos (Clusters)

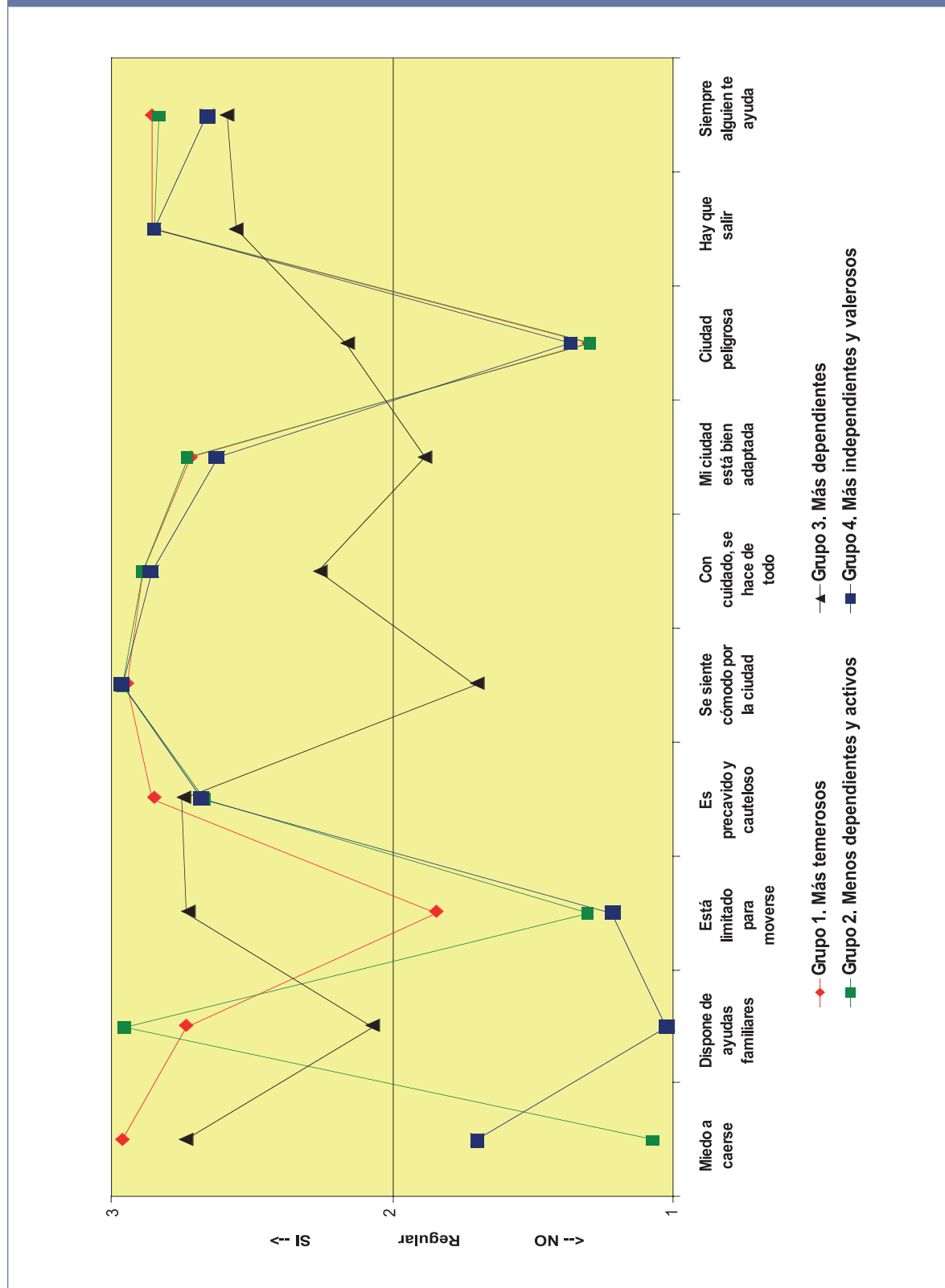


TABLA 33. Esquema de grupos y tipologías cluster		
Total personas \geq 65 años		
GRUPO 1 “Más temerosos” (27%)	Descripción: Excesivamente precavidos y temerosos de los peligros fuera del hogar, sin motivos justificables. Aún disponiendo de recursos y de que sus limitaciones no son extremas.	Perfil:* - Con escasa formación (46%). - Municipios < 100.000 h (36%). - Mujeres (72%). - Estado de salud moderado (50%). - Utilizan más soportes de ayuda (72%). - Mayor accidentabilidad (17%).
GRUPO 2 “Menos dependientes y activos” (34%)	Descripción: Grupo sin miedos, con una actitud racional y positiva derivada de su situación menos precaria y de la disposición de medios.	Perfil:* - Más jóvenes; 65-70 años (43%). - Con más formación (12%). - Región Noreste. - Buen estado de salud percibido (65%). - Varones (56%). - Libres de enfermedad y con baja limitación por enfermedad (32%). - Alto grado de actividad social fuera del hogar (77%). - Menor accidentabilidad (9%). - Menos soportes de ayuda (39%).
GRUPO 3 “Más dependientes” (13%)	Descripción: Grupo en una situación muy débil y precaria respecto de su seguridad y accidentabilidad. Actitudes derrotistas y de pérdida de la esperanza.	Perfil:* - Más edad; 76-85 y > 85 años (60%). - Viven solos (34%). - Sin estudios o primarios incompletos (55%). - Mujeres (80%). - Residentes en grandes ciudades > 500.000 h (23%). - Alto índice de morbilidad y de limitación por enfermedades (38%). - Peor autovaloración de su estado de salud (42%). - Con menos actividades sociales fuera del hogar (65%). - Mayor accidentabilidad (17%).
GRUPO 4 “Más independientes y valerosos” (26%)	Descripción: Dispone de menos ayudas familiares y están solos. Actitud muy positiva y optimista, sin miedos y una vivencia plena de la ciudad y de las actividades fuera del hogar.	Perfil:* - Varones (48%). - Más jóvenes; 65-70 años (40%). - Viven solos (30%). - Con formación universitaria (13%). - En grandes ciudades grandes (49%). - Buen estado de salud, percibido (13%). - Baja morbilidad e índice de limitación por enfermedad (35%). - Alto grado de actividad social fuera del hogar (86%).

(*) Estos perfiles nos indican las variables que en cada grupo están significativamente más representadas, sobre el total de la muestra.

VI. CONCLUSIONES

1. UNA POBLACIÓN MUY VARIABLE Y DIFERENCIADA.

Entre los resultados de la encuesta cabe destacar primero que la realidad es muy diferente según el segmento de población mayor al que nos referimos. **Existen grandes diferencias por edad; por ejemplo, entre personas de 65 a 69 años, que constituyen el 30%, y personas de más de 85 años que constituyen el 9,4%.** Entre los primeros serían asimilables a la población general en cuanto a salud y factores de riesgo de accidentes se refiere. Se trata de personas recientemente jubiladas (sobre todo los varones) con un muy buen estado de salud de movilidad, de actividad social y sin miedo ante el riesgo y la seguridad. En consecuencia, las políticas de prevención, de actuación o de comunicación deberán valorar claramente estos segmentos de edad.

2. SALUD Y LIMITACIONES EN LA MOVILIDAD.

La autopercepción del estado de salud de las personas mayores es bueno (**el 48,7% lo define como “muy bueno” o “bueno”**). El estado de salud es mejor, más optimista que la realidad de sus enfermedades y trastornos por ellos mismos declarados (el 73% padece alguna enfermedad). La mayoría padece diversos trastornos y enfermedades con algún grado de limitación. También **perciben de forma muy optimista su grado de movilidad** y agilidad para realizar las actividades de la vida cotidiana (**el 67% lo define como “bueno” o “muy bueno”**). Esto tiene que ver con una cierta tendencia a negar o no reconocer ante los demás sus propias limitaciones. **El 31% de las personas mayores tiene un grado de limitación “alto”** derivado de sus enfermedades y casi el **30% de ellos declara no poder viajar solos sin acompañar o sin ayuda de nadie.**

En consecuencia, el **68% de la población mayor de 65 años está en tratamiento farmacológico** (con un promedio de casi 5 pastillas/día) de varias enfermedades, lo que se define como pacientes pluripatológicos, polimedicados y de edad avanzada; un grupo de alto riesgo en muchas intervenciones sanitarias y por consiguiente también un alto riesgo de accidentabilidad.

3. HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES Y FACTORES DE RIESGO.

No obstante o derivado precisamente de su alto grado de medicalización, **las personas mayores en España tienen hábitos de vida muy saludables. El 92% no fuma y el 67% no ha fumado** nunca, declaran llevar una dieta alimentaria suficientemente equilibrada y saludable, **el 82% sale de forma habitual a caminar o pasear por la calle** y un 56% lo hace con cierta intensidad. Incluso la práctica deportiva es practicada actualmente por el 14% de los entrevistados. Las personas mayores son activas socialmente. El promedio de actividades que realizan de forma cotidiana, tales como ir al mercado a comprar, o de visita a familiares y amigos es de 4,7 actividades por persona. Paradójicamente, este grado de actividad y relaciones sociales implica movilidad fuera del hogar y por tanto un incremento del riesgo de accidentes.

4. ACCIDENTABILIDAD, CARACTERÍSTICAS Y CONSECUENCIAS.

La tasa de accidentabilidad medida fuera del hogar se cifra en el 12,8%. Existen grandes diferencias según la edad, el sexo, el apoyo social o familiar disponible y las limitaciones por el estado de salud, que son las variables dependientes más importantes de la accidentabilidad de las personas mayores fuera del hogar.

El perfil de los accidentes de las personas mayores fuera del hogar responde principalmente a caídas (81%), en las aceras de las calles, debido a tropezones con el bordillo o resbalones por el suelo mojado. En el 62% de los accidentes registrados, la persona mayor iba sola. Los accidentes declarados han tenido importantes consecuencias **En el 21% de los accidentes se produjo una asistencia en urgencias hospitalarias,** aunque sólo en el 2% quedaron ingresados. El 12% fueron atendidos en el ambulatorio o centro de salud, y más de la mitad de los casos no necesitaron atención médica alguna. La intervención sanitaria supone que se han realizado intervenciones quirúrgicas en el 7% de los accidentes (que hayan tenido alguna consecuencia), tratamientos de rehabilitación en el 25% de los casos con una duración media de 37 días, tratamientos farmacológicos en el 49% de los casos y en cualquier caso han cesado en su actividad cotidiana durante 51 días de promedio, al menos el 43% de los afectados.

5. ACTITUDES ANTE LA SEGURIDAD Y LOS ACCIDENTES.

Finalmente la encuesta ha detectado 4 grupos según sus actitudes y comportamientos ante el riesgo y la seguridad. Para cada uno de ellos se requerirían idealmente estrategias de comunicación y planes de prevención diferenciados y adaptados a sus perfiles. El 60% de las personas mayores de 65 años en España tiene una vivencia de su seguridad positiva en la que valoran el riesgo, pero ponderar más su calidad de vida, su participación en la sociedad. El 40% restante tiene una vivencia negativa, temerosa e incluso derrotista de su seguridad. Estas actitudes están claramente determinadas por la edad, el sexo, el estado de salud y el grado de apoyo y recursos disponibles.

6. CONCLUSIÓN FINAL.

La encuesta realizada, supone la primera aproximación al conocimiento de la realidad de los accidentes que sufren las personas mayores en el ámbito no doméstico (en la calle o fuera del hogar). Una amplia muestra representativa de este colectivo nos ha permitido conocer de primera mano los condicionantes y factores de riesgo, la magnitud y características del problema, las actitudes y comportamientos de las personas mayores. Efectivamente, la accidentabilidad de las personas mayores y sus graves consecuencias en el ámbito de lo personal/familiar y de lo social/asistencial son prevenibles, ya que se puede actuar sobre las causas y los determinantes de los accidentes y paliar así, o al menos minimizar sus efectos y su impacto en la calidad de vida de muchas familias españolas.

La encuesta muestra la importancia que el entorno urbano y las limitaciones que para la movilidad y seguridad de las personas mayores suponen las ciudades y sus escalas de valores dominantes (producción, consumo, complejidad, cambio, velocidad, etc.), sin embargo han resultado ser los condicionantes personales de adaptabilidad física y de salud, así como las posibilidades de apoyos familiares/sociales, y finalmente, las actitudes ante el riesgo (prudencia, temeridad, etc.), los factores más a tener en cuenta.

Las acciones de prevención deberán por tanto ir encaminadas a:

- Localizar e identificar los grupos y colectivos riesgo, definiendo sus limitaciones y condicionantes y entornos socio-ambientales.
- Diseñar planes de actuación que contemplen tanto información como formación, dirigido a:
 - ~ Los colectivos profesionales: Promoviendo la prevención, por ejemplo, a través de guías de control y educación postural y seguimiento de los colectivos de mayor riesgo, en el sistema asistencial sanitario y social.
 - ~ Los distintos grupos de mayores identificados, así como a sus familiares o cuidadores formales y cuyos contenidos se refieran a los hábitos de vida saludables, informando sobre las redes de apoyo disponibles en su ciudad, prevención y educación postural y movilidad fuera del hogar.
 - ~ Los grupos de edad inmediatamente anteriores (entre 60 y 65 años de edad) con objeto de prevenir y reflejar una mejor situación en el futuro.
- Reforzar las actuaciones de seguimiento y/o vigilancia sobre los colectivos de mayor riesgo, gestionando acciones de ayudas y acompañamiento y actividades planificadas de carácter social, lúdico y cultural.

VII. ANEXOS

1. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y FUENTE¹⁵

- Antoni Salvà et.al. *Incidence and consequences of falls among ederly people living in the community*. Medicina Clínica (Barc) 2004;122(5):172-6
- Ayuntamiento de Madrid. Madrid Salud. *Los accidentes en las personas mayores I- Los accidentes como problemas de salud*. http://www.madridsalud.es/temas/accidentes_personas_mayores1.php
- Becerra N.A. *Prevención de accidentes en adultos mayores*. Univ. Med. Bogotá (Colombia), 50 (2): 194-208, abril-junio, 2009.
- Comunidad Autónoma de Madrid. SaludMadrid. *Guía de prevención de caídas en personas mayores*. Hospital Clínico San Carlos. Unidad de caídas. Servicio de Geriátria. 2008.
- Cristina Vargas y col. *Análisis del Índice de accidentalidad en ancianos: una revisión de la problemática en las últimas décadas*. En envejecimiento, cognición y neurociencia. /Coord. Por Soledad Ballesteros Jiménez, 2006, ISBN 84-362-5257-8, pags. 321-332. (Conferencia Internacional en envejecimiento, cognición y neurociencia; Madrid).
- Dirección General de Tráfico. *Los accidentes de tráfico en la vejez. Análisis de los roles viales de las personas de edad*. 2006.
- Elena Soriano Suárez y col. *Accidentes atendidos en un área básica de salud de Girona, España*. Revista Española de Salud Pública v.76 n.1 Madrid ene.-feb. 2002.
- Fernando Boneta. *Caídas en el anciano ¿son evitables?* El espejo sanitario número 4- junio 2001. <http://www.cfnavarra.es/salud/publicaciones/espejo/n0420018.htm>
- Francisco Varas-Fabra y col. *Caídas en ancianos de la comunidad: prevalencia, consecuencias y factores asociados*. Atención primaria. 2006;38 (8):450-5
- FUNDACION MAPFRE-Universidad de Comillas. *Personas mayores y seguridad en el hogar en la Comunidad de Madrid*. 2009.
- FUNDACION MAPFRE-Fundadeps. *Estudio de Investigación sobre seguridad en el domicilio de personas mayores*. 2008. http://www.conmayorcuidado.com/d02_profesionales.htm
- IMSERSO. Ministerio de Sanidad y Política Social. *Las Personas Mayores en España. Datos estadísticos estatales y por Comunidades Autónomas*. Informe 2008 Tomo II.
- Instituto Nacional de Estadística (INE) Ministerio de Sanidad y Consumo. *Encuesta Nacional de Salud 2006*.
- José Manuel Ribera Casado. *Caídas y edad avanzada, ¿un problema médico?*. Medicina Clínica (Barc) 2004; 122(5)180-1.

¹⁵ No se trata de una bibliografía exhaustiva sobre el tema, sino de algunas referencias bibliográficas y otras fuentes de datos e informaciones recogidas en Internet y utilizadas en este informe.

- Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.
- Lumbreras Lacarra B. y col. *Caídas accidentales en ancianos: situación actual y medidas de prevención*. Trauma. Vol. 19 nº 4 octubre/diciembre 2008. FUNDACIÓN MAPFRE.
- M. Pujiula Blanch y col. *Prevalencia de caídas en ancianos que viven en la comunidad*. Atención Primaria. 2003;32 (2):86-91.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). Base de datos en salud para Europa. 2008.
<http://www.euro.who.int/hfadb>
- Zenewton André da Silva Gama y col. *Epidemiología de caídas de ancianos en España. Una revisión sistemática, 2007*. Revista Española de Salud Pública v.82 n.1 Madrid ene.-feb. 2008.

2. ÍNDICE DE FIGURAS.

Figura 1. Esquema teórico del proceso de accidentabilidad en personas mayores.....	17
Figura 2. Autopercepción del estado de salud.....	20
Figura 3. Morbilidad según sexo.....	22
Figura 4. Morbilidad según la edad.....	22
Figura 5. Limitación por enfermedad o dolencia según sexo.....	26
Figura 6. Limitación por enfermedad o dolencia según la edad.....	26
Figura 7. Tratamiento médico de las personas mayores.....	27
Figura 8. Tipo de tratamiento médico.....	28
Figura 9. Autopercepción del grado de movilidad y agilidad.....	29
Figura 10. Grado de movilidad según la limitación por enfermedad.....	30
Figura 11. ¿Fuma o ha fumado usted?.....	32
Figura 12. ¿Come usted habitualmente...?.....	33
Figura 13. ¿Practica usted o ha practicado algún deporte?.....	34
Figura 14. ¿Sale usted a caminar o a pasear por la calle?.....	35
Figura 15. Actividades habituales fuera del hogar.....	36
Figura 16. Tasa de accidentabilidad en personas mayores de 65 años, fuera del hogar.....	38
Figura 17. Perfil de accidentabilidad (I).....	40
Figura 18. Perfil de accidentabilidad (II).....	40
Figura 19. Lugar donde se produjeron los accidentes.....	41
Figura 20. Motivos de los accidentes.....	42
Figura 21. Consecuencias de los accidentes.....	43
Figura 22. Consecuencias de los accidentes. Detalle de las consecuencias de los accidentes.....	43
Figura 23. Accidentes según la atención médica requerida.....	45
Figura 24. Accidentes según otras consecuencias.....	45
Figura 25. Actitudes ante la seguridad y los accidentes fuera del hogar.....	46
Figura 26. Actitudes ante la seguridad. Grupos tipológicos (Clusters).....	49

3. ÍNDICE DE TABLAS.

Tabla 1.	Características de la muestra	18
Tabla 2.	¿Cómo diría que es su estado de salud?	20
Tabla 3.	¿Cómo diría que es su estado de salud?. Por sexo y edad	21
Tabla 4.	¿Padecen alguna enfermedad o dolencia de tipo crónico?. Por sexo y edad	21
Tabla 5.	Enfermedades o dolencias de tipo crónico que se padecen	23
Tabla 6.	Limitación por enfermedad o dolencia (*). Por sexo y edad	24
Tabla 7.	Grado de incapacidad de la enfermedad o dolencia	25
Tabla 8.	¿Están en tratamiento de alguna enfermedad o dolencia?	27
Tabla 9.	¿Qué tipo de tratamiento tiene para estas enfermedades?	27
Tabla 10.	Nº de pastillas/día que suponen los medicamentos	28
Tabla 11.	¿Cómo diría usted que puede moverse y desplazarse para realizar las actividades de la vida diaria?. Por sexo y edad	29
Tabla 12.	¿Cómo diría usted que puede moverse y desplazarse para realizar las actividades de la vida diaria?	29
Tabla 13.	¿Puede usted solo, sin ayuda de nadie....?	30
Tabla 14.	Actividades dentro del hogar. Necesita ayuda para... Por sexo y edad	31
Tabla 15.	Soportes de ayuda que necesita. Por sexo y edad	31
Tabla 16.	¿Fuma o ha fumado?. Por sexo y edad	32
Tabla 17.	Nº de comidas que hace al día	33
Tabla 18.	Frecuencia de la práctica deportiva	34
Tabla 19.	Localización de la práctica deportiva	34
Tabla 20.	¿Sale usted a caminar o pasear por la calle?. Por sexo y edad	35
Tabla 21.	Tiempo que se suele salir a caminar o pasear por la calle	35
Tabla 22.	¿Sale usted a caminar o pasear por la calle?	36
Tabla 23.	Actividades y relaciones sociales; suelen habitualmente... ..	37
Tabla 24.	Nº de actividades sociales (Habitualmente). Por sexo y edad	37
Tabla 25.	Nº de actividades sociales (Habitualmente). Por grado de limitación	37
Tabla 26.	Accidentes fuera del hogar. Por sexo y edad	39
Tabla 27.	Accidentes fuera del hogar. Por grado de limitación	39
Tabla 28.	Tipos de accidentes sufridos	41
Tabla 29.	¿Iba acompañado o solo en el momento del accidente?. Por sexo y edad	42
Tabla 30.	Consecuencias de los accidentes	44
Tabla 31.	Como consecuencia del accidente... ..	44
Tabla 32.	Opiniones y actitudes ante la seguridad	46
Tabla 33.	Esquema de grupos y tipologías cluster	50

4. GLOSARIO DE TÉRMINOS.

- Accidentabilidad:	Frecuencia o índice de accidentes.
- CATI:	<i>Computer Assisted Telephon Interviewing</i> . Sistema de entrevistas telefónicas automatizado. (Selección aleatoria de llamadas, control de las cuotas de muestra, desarrollo de preguntas y filtros y tratamiento informático y estadístico de datos.
- Cluster (analysis):	Tipo de análisis estadístico multivariable que permite segmentar la muestra en grupos homogéneos internamente y heterogéneos entre sí, en función de sus respuestas a una batería de preguntas.
- Epidemiología de enfermedades:	Volumen y características de las enfermedades padecidas.
- Epidemiología de los accidentes:	Volumen y características de los accidentes sufridos.
- Factores de riesgo:	Hechos o variables que inducen la posibilidad (de enfermar, de accidentarse...)
- Hábitat de residencia:	Equivalente al tamaño del municipio de residencia: (<10.000 habitantes, 10.000-100.000 h., 100.000-500.000 h. y > 500.000 h.)
- Hábitos de vida:	Término habitualmente utilizado en salud pública para definir costumbres arraigadas en la población que tienen relación con la salud o los factores de riesgo (tabaquismo, dieta, sedentarismo,...)
- Limitación (Indicador):	Refleja el nº de enfermedades padecidas, ponderadas por su grado de incapacitación. Este grado de incapacitación se ha definido como: "Elevado" en el caso de enfermedades músculo-esqueléticas, reumáticas, EPOC/Asma, las que cursan con dolor, neurológicas, mentales y neurodegenerativas, así como los trastornos de los sentidos (vista, oído, etc.) "Escaso" en el caso de enfermedades metabólicas, HTA u trastornos leves. "Intermedio" en el resto de enfermedades, independientemente de su gravedad.
- Morbilidad percibida:	Personas que declaran padecer una dolencia, enfermedad o trastorno, aunque no disponga de un diagnóstico médico.
- Morbilidad:	Proporción de personas que enferman en un lugar y momento determinado.
- Movilidad:	Capacidad de la persona para realizar desplazamientos y actividades de la vida cotidiana.
- Muestra estadística:	Selección de individuos representativos del universo de referencia
- Prevención primaria	Actuaciones sobre las causas o factores de riesgo, destinadas a evitar que se produzca el accidente.
- Prevención secundaria	Actuaciones tendentes a evitar una repetición del accidente una vez producido, actuando sobre la causa concreta.
- Pronóstico:	Previsión de la evolución de una enfermedad.
- Tasa de incidencia:	Nº de nuevos casos/año, que padecen una situación en relación a la población total.
- Universo estadístico:	Población a la que hace referencia la muestra (Población de 65 y más años de edad residente en España).

5. CUESTIONARIO

En formato estandar; previo a ser adaptado al sistema CATI; Computer Assist Telephon Interview.

FUNDACIÓN MAPFRE		SOCIOLOGÍA Y COMUNICACIÓN	
		La Masó, 2. Oficina 3. 28034 - MADRID Telf. 91 735 50 95 info@sociologiaycomunicacion.com www.sociologiaycomunicacion.com	
Estudio de la accidentabilidad en personas mayores fuera del hogar			
<p>Presentación: Buenos días/tardes, soy _____. Le llamo de parte del gabinete de estudios sociológicos (Sociología y Comunicación). La Fundación MAPFRE nos ha encargado la realización de un estudio sobre los accidentes que tienen las personas mayores con el fin de prevenir mejor este problema. Para ello estamos realizando una encuesta en toda España entre personas mayores de 65 años. ¿Reside en el hogar alguna persona mayor de 65 años?</p> <p>- Si hay mayores, pero no han cogido el teléfono, preguntar por ellos. - Cumplimentar cuotas. - Si la persona mayor de 65 años tiene dificultades para realizar la encuesta, puede contestar la persona al cargo de la misma (Hijos u otro familiar). - Si no hay nadie mayor de 65 años, señalar fuera de <i>target</i> y empezar de nuevo. - Aunque no haya tenido ningún accidente ni caídas también haremos la entrevista. - Tratar en todas las preguntas de insistir. Evitar, en la medida de lo posible, los NS/NC inducidos por la prisa.</p> <p>Le agradecería que me contestara a unas preguntas. No le entretendré más de 5 minutos. La entrevista no tiene ningún fin comercial, si no que se trata de un estudio de investigación social. Los datos que se obtengan se tratarán estadísticamente, de forma anónima, nunca de manera individualizada o personal. ¿Quiere usted colaborar con nosotros contestando unas preguntas?</p>			
Datos de localización de la entrevista: Comunidad Autónoma: _____ Municipio: _____		P.6 ¿Convive con Vd. algún cuidador/a que le ayude en las tareas cotidianas?	
Contesta la entrevista: - La propia persona mayor 1 - Otra persona (Cuidador, hijos, etc.) 2 ATENCIÓN: Si contesta otra persona, siempre preguntamos por los datos de la persona mayor, no de quien contesta.		- Sí a tiempo parcial 1 - Sí a tiempo total (interno/a) 2 - No 3 - Ns/Nc 4	
P.1 ¿Me puede indicar su edad exacta? <input type="text"/> <input type="text"/> Años		P.7 ¿Me podría decir, cuál es el nivel de educación más alto que ha completado?	
P.2 Anotar sexo: - Varón 1 - Mujer 2		- No sabe leer ni escribir 1 - Primarios incompletos 2 - Elementales/Primarios 3 - Bachiller elemental/EGB 4 - Bachiller superior BUP/FP 5 - Universitarios incompletos 6 - Universitarios grado medio 7 - Universitarios grado superior 8 - Ns/Nc 9	
P.3 Estado Civil. ¿Es Vd.? - Soltero/a 1 - Casado/a 2 - Viudo/a 3 - Divorciado/separado 4		P.8 Vamos a hablar de su salud. ¿Cómo diría Vd. que es su estado de salud? (Leer). - Muy Bueno 1 - Bueno 2 - Regular 3 - Malo 4 - Muy malo 5 - Ns/Nc 6	
P.4 ¿Cuántas personas conviven en ese hogar incluida Vd.? <input type="text"/> <input type="text"/> Personas			
P.5 ¿Quiénes son? (Anotar nº de familiares)			
Esposo/a	<input type="text"/>	Hermanos/as	<input type="text"/>
Hijos/as	<input type="text"/>	Otros	<input type="text"/>

P.9 ¿Puede decirme si padece Vd. alguna enfermedad o dolencia de tipo crónico?		
<small>(EXCLUIR ENFERMEDADES PUNTUALES EN EL MOMENTO ACTUAL: CATARROS, GRIPE, ETC.)</small>		
- No tiene ninguna enfermedad o dolencia	1	
- Si, tiene alguna enfermedad o dolencia	2	
- Ns/Nc.	3	
FILTRO		
P.10 ¿Puede decirme cuál o cuales?: <small>(EXPONTANEO, NO SUGERIR) (INSISTIR: "¿Alguna más?")</small>		

(CODIFICAR)		
- Hipertensión/tensión alta	1	
- Tensión baja	2	
- Colesterol alto (+ triglicéridos, dislipemias...)	3	
- Diabetes I (insulinodependientes)	4	
- Diabetes tipo II (No insulinodependientes)	5	
- Hiperglucemia / azúcar alto	6	
- Enfermedad cardiovascular	7	
- Enfermedades respiratorias (EPOC, Asma)	8	
- Enfermedades digestivas	9	
- Enfermedades de la piel y dermatológicas	10	
- Trombosis/accidente cerebro vascular	11	
- Próstata/enfermedades urológicas	12	
- Infecciones urinarias/reñales	13	
- Trastornos ginecológicos	14	
- Cáncer	15	
- SIDA/tuberculosis/hepatitis/otras infecciosas	16	
- Dolor de espalda	17	
- Artritis/artrosis ("reuma")	18	
- Osteoporosis	19	
- Dolor como consecuencia de alguna fractura	20	
- Artrosis como consecuencia de alguna fractura	21	
- Pérdidas de memoria	22	
- Insomnio/trastornos del sueño	23	
- Depresión/ansiedad	24	
- Demencia, esquizofrenia, psicosis	25	
- Alzheimer	26	
- Parkinson	27	
- Trastornos buco-dentales	28	
- Trastornos oculares y de la vista	29	
- Trastornos de audición	30	
- Trastornos de la alimentación y digestivos	31	
- Otras enfermedades y trastornos: (POST-CODIFICACIÓN)		

P.11 ¿Esta Vd. en tratamiento médico de estas enfermedades que me ha dicho?		
- Si	1	
- No, de ninguna.	2	
- Ns/Nc	3	
FILTRO		
P.12 ¿De cuáles?:		
<small>(CODIFICAR LISTADO DE ENFERMEDADES)</small>		
P.13 ¿Qué tratamientos tiene para estas enfermedades? (Preguntar para cada una de las enfermedades citadas)		
- Tratamiento con pastillas o medicamentos.	1	
- Rehabilitación, dietas, ejercicio y otros tratamientos No farmacológicos.	2	
- Tratamientos psicológicos.	3	
- Ns/Nc	4	
FILTRO		
P.14 ¿Y qué N° de pastillas al día suponen esos medicamentos?:		
	<input type="text"/>	
P.15 Vamos ahora a hablar de su agilidad y movilidad. ¿Cómo diría Vd. que puede moverse y desplazarse para realizar las actividades diarias:		
- Muy bien, perfectamente	1	
- Bien, lo suficiente	2	
- Regular	3	
- Mal	4	
- Muy mal	5	
- Ns/Nc	6	
P.16 ¿Puede Vd. ... (Leer cada actividad).... sólo/a, sin ayuda de nadie...?		
	SI	NO
- Viajar	1	2
- Realizar compras y recados en la calle	1	2
- Caminar o pasear por la calle	1	2
- Coger un autobús o el metro	1	2
- (Solo si tiene carnet de conducir) Conducir un coche	1	2
FILTRO		
P.18 ¿Alguna persona le acompañe para salir a la calle a hacer estas actividades?		
- Sí, un familiar o conocido	1	
- Sí un servicio público	2	
- Sí, un cuidador/a (privada)	3	
- No, ninguno	4	
- Ns/Nc.	5	

FILTRO

P.19 ¿Cuándo puede Vd. disponer de esa persona que le acompaña....?

(Leer)

- En cualquier momento (disponibilidad total) 1
- Siempre que la necesito 2
- Casi siempre, pero no siempre 3
- Algunas veces 4
- Muy pocas veces o casi nunca 5
- Ns./nc 6

P.20 ¿Y hablando ahora de las actividades dentro del hogar, Por ejemplo, para(leer cada una de las actividades) ¿... necesita ayuda?

- El baño o la ducha 1
- Tareas domésticas (lavar, cocinar, recoger...) 2
- Vestirse 4
- Aseo simple (peinarse, lavarse) 5
- Levantarse o acostarse de la cama 6
- Comer 7

P.21 ¿Utiliza Vd. alguna de las siguientes cosas que le voy a nombrar?:

- Gafas o lentillas 1
- Audifonos 2
- Prótesis dental 3
- Bastón (ocasionalmente) 4
- Bastón (habitualmente) 5
- Andador 6
- Muletas 7
- Silla de ruedas 8
- Prótesis ortopédicas 9
- Calzados o plantillas especiales 10
- ¿Otras ayudas? (especificar): _____

P.22 ¿Fuma o ha fumado Vd.?

- Si 1
- No, pero sí anteriormente 2
- No, nunca 3
- Ns./Nc. 4

FILTRO

P.23 ¿Cuántos cigarrillos al día fuma?

(1 cajetilla=20 cigarrillos)

FILTRO

P.24 ¿A qué edad dejó de fumar?

 años

P.25 Vamos a hablar de su alimentación.

¿Come Vd. habitualmente (leer cada ítem)?

	Si	Poco	No, (nada)
Leche y productos lácteos	1	2	3
Pescado	1	2	3
Carne	1	2	3
Legumbres	1	2	3
Verduras y hortalizas	1	2	3
Fruta fresca	1	2	3
Líquidos en general	1	2	3

P.26 ¿Cuántas comidas hace al día?

- Una sola 1
- Dos (comida y cena) 2
- Tres (desayuno, comida y cena) 3
- Más de tres (+ merienda, picar...) 4
- Ns./Nc 5

P.27 ¿Sale Vd. a caminar y pasear por la calle?

- Si, mucho 1
- Si, un poco 2
- No, muy poco o nada 3
- Ns./Nc 4

FILTRO

P.28 ¿Y cuánto tiempo suele Vd. caminar o pasear por la calle?

- 15 minutos o menos 1
- 30 minutos 2
- Una hora 3
- Una hora y media 4
- Dos horas 5
- Más de dos horas 6
- Ns./Nc 7

P.29 ¿Practica Vd. o ha practicado algún deporte?

- Sí, practica ahora 1
- No, pero ha practicado anteriormente 2
- No, ninguno 3
- Ns./Nc 4

FILTRO

P.30 ¿Y con que frecuencia practica Vd. deportes?

- Todos los días 1
- tres o más veces por semana 2
- 1 ó dos veces por semana 3
- Menos de 1 vez por semana 4
- Ns./Nc 5

P.31 ¿Dónde practica Vd. estos deportes?

- En casa 1
- En centro de mayores/rehabilitación 2
- En un gimnasio 3
- En instalaciones deportivas 4
- En el campo/ en la calle 5
- Ns./Nc 6

P.32 ¿Suele Vd. habitualmente (Leer cada ítem)...?

- Ir al cine / teatro / conciertos.... 1
- Salir a comer / cenar a restaurantes 2
- Ir a bibliotecas / universidad / estudiar.. 3
- Ir de compras, de tiendas 4
- Ir al mercado, a comprar 5
- Ir a la iglesia a misa 5
- Ir a visitar a familiares o amigos 6
- Salir a hacer deporte 7
- Ir a reuniones con amigos, asociaciones 8
- Ir a colaborar de voluntario 9
- Ir al campo, de excursión 10
- Viajar 11

P.32 b ¿Hay algún otro sitio donde suele ir cuando sale a la calle?:

Accidentabilidad

P.33 Le pido ahora que recuerde. ¿Ha tenido Vd. el año pasado o éste, algún accidente, caídas o problemas similares?

- Sí, uno 1
- Sí, más de uno 2
- No 2
- Ns/Nc 3

(Si no recuerda, insistir: "No se preocupe, haga memoria")

FILTRO

P.34 ¿El accidente (o los accidentes) han sido dentro de casa o fuera de casa, en la calle?

- Dentro de casa 1
- Fuera de casa (en la calle, local comercial) 2

(Sólo si NO ha tenido accidentes fuera de casa)

P.34 b ¿Entonces no ha tenido ningún accidente o caída fuera del hogar, en la calle, durante el último año y éste?

- No, no ha tenido ninguno 1 → Pasa P.47
- Si, recuerda que ha tenido alguno 2

FILTRO

P.36 Refiriéndonos a estos últimos, en la calle o en un local ¿Puede decirnos cuantos y que tipo de accidentes fueron?

(Anotar cuántos en cada caso)

	Nº
- Caídas.	
- Accidente de tráfico (conduciendo).	
- Accidente de tráfico (de pasajero).	
- Atropello.	
- Golpes (contra puertas, cornisas...).	
- Torceduras del pie, luxaciones.	
- Quemaduras.	
- Cortes	
- Intoxicaciones alimentarias.	
- Indisposición digestiva.	
- Mareos, lipotimias, desmayos...	
- Desorientación, pérdida.	
- Otros (Especificar):	

ORDENAR LOS 5 ÚLTIMOS ACCIDENTES SUFRIDOS Y PREGUNTAR PARA LOS 5 ÚLTIMOS EN P.36

P.37 ¿Dónde se produjo... (Preguntar por cada uno de los accidentes sufridos)...?

- Al cruzar la calle (sin semáforo, ni paso) 1
- Al cruzar la calle (paso de peatones) 2
- En la acera de la calle 3
- En el parque 4
- En un portal o escalera 5
- En el coche 6
- En un autobús, metro 7
- En un centro deportivo 8
- En un local (tienda, cine...) 9
- Ns./Nc 10

P.38 ¿Cuál fue el principal motivo del accidente?

- Tropezón, bordillo o similar 1
- Agujero, socavón, obras... 2
- Empujón, aglomeraciones... 3
- Resbalón, suelo mojado.. 4
- Problemas del tráfico... 5
- Desnivel/pendiente muy fuerte. 6
- Perros, animales. 7
- Problemas con el calzado. 8
- Distracción, descuidos... 9
- Agresión o ataque de una persona 10
- Otros (especificar):.....
-
- Ns/Nc 11

P.39 ¿Iba Vd. acompañado/a o sólo/a en el momento del accidente?

- Solo/a 1
- Acompañado/a 2
- Ns/Nc 3

FILTRO**P.40** ¿De quién/es?

- Un familiar/amigo 1
- Un cuidador o persona de ayuda 2
- Otros 3
- Ns/Nc. 4

P.41 ¿Tuvo atención médica por ese accidente?

- Sí, en ambulatorio/ consultorio 1
- Sí, en hospital (sólo urgencias) 2
- **Sí, ingresado en hospital** 3
- Sí, en la ambulancia 4
- Sí, en la misma calle o local 5
- Sí, en la casa 6
- No, ninguna 7
- Ns/Nc 9

FILTRO**P.42** ¿Cuántos días estuvo ingresado en el Hospital por este accidente?

P.43 ¿Qué consecuencia tuvo el accidente?

- Minusvalía 1
- Fracturas 2
- Esguinces 3
- Heridas 4
- Conmoción o pérdida de conocimiento 5
- Secuelas en la movilidad 6
- Secuelas neurológicas 7
- **Ninguna consecuencia** 8
- Otras consecuencias (Especificar):

P.44 ¿Cuánto tiempo duraron estas consecuencias?
 días |
P.45 ¿Tuvo que ser operado (Intervención quirúrgica)?

- Sí 1
- No 2
- Ns/Nc 3

P.46 ¿Tuvo tratamiento de rehabilitación?

- **Sí** 1
- No 2
- Ns/Nc 3

FILTRO**P.47** ¿Cuánto tiempo tuvo que estar haciendo rehabilitación?
 meses |
P. 48 ¿Requirió como consecuencia del accidente, llevar...?

- Muletas 1
- Bastones 2
- andadores 3
- Silla de ruedas 4
- Prótesis 5
- Material de ortopedia 6

P.49 ¿Tuvo tratamiento con medicamentos?

- Sí 1
- No 2
- Ns./Nc 3

P.50 ¿Tuvo que dejar su actividad cotidiana durante algún tiempo como consecuencia del accidente?

- No 1
- Ns/Nc 2
- **Sí** 3

FILTRO**P.50 b** ¿Durante cuanto tiempo?
 días |

REPETIR PARA CADA UNO
DE LOS ACCIDENTES SUFRIDOS (P.36)



P. 51 Ya para terminar, le voy a preguntar su opinión sobre algunas cosas. Contésteme SI, NO o REGULAR. Por ejemplo...:

	SI	NO	REGULAR
¿Tiene miedo a caerse cuando sale de su casa?	1	2	3
¿Tiene suficientes ayudas de personas o familiares para salir?	1	2	3
¿Cree que por su edad, está Vd. muy limitado para moverse y salir?	1	2	3
¿Es Vd. una persona más bien precavida y cautelosa?	1	2	3
¿Se encuentra cómodo/a moviéndose solo por su ciudad?	1	2	3
¿Cree que teniendo cuidado se puede hacer de todo?	1	2	3
¿Está su ciudad adaptada para moverse personas de su edad?	1	2	3
¿Es peligrosa su ciudad?	1	2	3
¿A pesar de los peligros, hay que salir, no hay más remedio	1	2	3
¿Cree que siempre hay alguien que te ayude?	1	2	3

Ya hemos acabado la entrevista. Muchas gracias por su colaboración.

FUNDACIÓN MAPFRE

www.fundacionmapfre.com

Pº Recoletos 23
28004 Madrid - España

Con la colaboración de:

