

Revisión

La prevención de las caídas de las personas mayores y sus familiares: una síntesis cualitativa

Carmen de la Cuesta-Benjumea^{a,b}, Claudia Patricia Arredondo-González^{a,*}, Beatriz Lidón-Cerezuela^c y Eva Abad-Corpa^{c,d,e,f}^a Departamento de Psicología de la Salud, Universidad de Alicante, Alicante, España^b Instituto de Investigación Sanitaria y Biomédica de Alicante (ISABIAL), Alicante, España^c Departamento de Enfermería, Universidad de Murcia, Murcia, España^d Hospital Reina Sofía, Servicio Murciano de Salud, Murcia, España^e IMIB-Arrixaca; Investén-iscii, Murcia, España^f CIBERFES, Murcia, España

RESUMEN

Palabras clave:

Accidentes por caídas
Ancianos
Cuidadores familiares
Medidas preventivas
Revisión sistemática**Objetivo:** Analizar y sintetizar la evidencia sobre la prevención de las caídas de las personas mayores de 65 años y los proveedores de cuidados familiares.**Método:** Síntesis cualitativa que forma parte de una revisión sistemática integrativa de diseño convergente. Se retuvieron 41 estudios cualitativos para su lectura a texto completo y quedaron seleccionados nueve estudios de proveedores de cuidados familiares.**Resultados:** Las relaciones de parentesco y de cuidados median en las intervenciones de los familiares para prevenir las caídas de las personas mayores; la caída de la persona dependiente constituye un punto de inflexión en estas relaciones. Las personas cuidadoras son un grupo vulnerable de sufrir una caída, y por ello son merecedoras de acciones preventivas.**Conclusiones:** Considerar el contexto de las relaciones familiares y de cuidados mejorará la eficacia de las intervenciones preventivas y facilitará su aceptación. Las políticas y los programas de prevención de las caídas deben prestar mayor atención a la salud y el bienestar de los/las proveedores/as de cuidados familiares.© 2019 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Fall prevention in older people and their families: a qualitative synthesis

ABSTRACT

Keywords:

Accidental falls
Aged
Care providers
Prevention and control
Systematic review**Objective:** To analyse and synthesize the evidence on fall prevention of people older than 65 years and their family care providers**Method:** Qualitative synthesis, which is a part of a convergent systematic integrative review. Forty-one qualitative studies were retained for full text scrutiny. Nine studies on family care providers were selected for this synthesis.**Results:** Care providing, and kinship relationships mediated family care providers' interventions to prevent falls in older people. The fall of the dependent relative constitutes a turning point in these relationships. Family care providers are vulnerable to having a fall themselves and therefore receivers of preventive interventions.**Conclusions:** Taking into account the context of care and family relations will improve the effectiveness of preventive interventions and will facilitate adherence. Fall prevention policy and programmes must pay better attention to the health and wellbeing of family care providers.© 2019 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

Para las personas mayores que viven en la comunidad, las caídas son un problema cotidiano que afecta su salud, su calidad de vida y la de sus familiares. Se estima que, cada año, un tercio de las

personas mayores de 65 años que viven en la comunidad se caen¹, y esta cifra puede ser mayor porque muchas caídas no se reportan². Las revisiones sistemáticas han mostrado que los programas basados en ejercicio físico y las intervenciones de seguridad en el hogar reducen el número de caídas y el riesgo de caerse^{1,3}. No obstante, las actividades preventivas requieren un esfuerzo importante de las personas mayores y, por lo tanto, su motivación para llevarlas a cabo es crucial⁴. Por ello, la prevención de las caídas debe

* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: claudia.arredondo@ua.es (C.P. Arredondo-González).

entenderse dentro de un amplio marco cultural, de salud y bienestar⁵, y no solo biomédico.

Una vasta bibliografía sobre el cuidado informal deja patente que familiares y personas allegadas son clave para la autonomía, los cuidados y el bienestar de las personas mayores⁶. Sin embargo, este cuidado conlleva grandes y graves efectos, sobre todo para las mujeres cuidadoras. Ellas son tres veces más numerosas que los hombres cuidadores, y en ellas recae la máxima dedicación a los cuidados^{7,8}; padecen más condiciones crónicas⁹ y múltiples patologías, destacándose el cansancio, la falta de sueño, el dolor de espalda y la depresión⁷; perciben con mayor frecuencia un deterioro de su salud, y todo ello se relaciona con las desigualdades de género presentes en el cuidado familiar^{8,10}. El género es una condición determinante en el cuidado familiar^{8,11}.

La labor en la prevención de las caídas de las personas cuidadoras tiene cada vez mayor reconocimiento. Así, deben ser informadas, junto a sus familiares mayores, sobre la prevención de las caídas^{12,13}, y deben estar implicadas en la valoración del riesgo, así como en las intervenciones mediante procesos colaborativos con los/las profesionales de la salud¹⁴. Son cruciales para el éxito de los programas de prevención de las caídas en las personas con demencia¹⁵. No obstante, todavía son un recurso infrautilizado de apoyo a las personas mayores con riesgo de caerse¹⁶. Su presencia en las guías de buenas prácticas y en los protocolos suele ser marginal.

Las revisiones sistemáticas han sacado a la luz intervenciones eficaces para prevenir las caídas¹. Quienes planifican y gestionan los servicios sanitarios necesitan esta evidencia, precisan información sobre la aceptabilidad y la viabilidad de dichas intervenciones, y conocer su impacto en la equidad y los derechos humanos^{17,18}. Las síntesis cualitativas aportan esta información y ayudan a que las decisiones sanitarias estén guiadas por el punto de vista de las partes interesadas, y que no aumenten las desigualdades en salud¹⁸. Hasta la fecha no se conocen revisiones sistemáticas que exploren el papel de las personas cuidadoras familiares en la prevención de las caídas de las personas mayores; es un vacío sustancial, al ser quienes proporcionan la mayor parte de los cuidados a las personas mayores⁷. La síntesis realizada revela la compleja red de relaciones en las que está inmersa la prevención de las caídas, y a estas como un punto de inflexión en dichas relaciones.

Método

La presente síntesis cualitativa forma parte de una revisión sistemática integrativa; esta es una revisión específica que incluye diversas metodologías^{19,20}. El diseño fue convergente: la valoración de los estudios recuperados, y la extracción y la síntesis de los datos cuantitativos y cualitativos, se hicieron de manera separada y simultánea^{21,22}. El propósito de la revisión integrativa fue analizar y sintetizar la evidencia sobre la prevención de las caídas de las personas mayores de 65 años y las personas proveedoras de cuidados, tanto formales como familiares o informales²³.

Este artículo presenta la síntesis cualitativa relativa a la prevención de las caídas de las personas mayores, en lo concerniente a los/las familiares cuidadores/as. Una síntesis cualitativa implica la interpretación y la conceptualización amplia y coherente de los hallazgos de estudios primarios cualitativos²⁴. Las preguntas iniciales que la guiaron fueron:

- ¿Cuáles son las actividades que los/las familiares llevan a cabo para prevenir las caídas de las personas mayores?
- ¿Cómo implementan las estrategias preventivas?
- ¿Qué enfoques usan para prevenir que sus familiares tengan una caída?

Tabla 1
Descriptores según la base de datos

| Descriptores | Cinahl | Apa | Emtree | Mesh | Desc |
|--------------------------|--------|-----|--------|------|------|
| Accident prevention | | | | x | |
| Accidental falls | x | | | x | |
| Accidentes por caídas | | | | | x |
| Accidents | x | x | | | |
| Accidents prevention | | x | | | |
| Aged | x | | x | x | |
| Aged, 80 and over | x | | | x | |
| Aging | | x | | | |
| Allied health personnel | | x | | | |
| Anciano | | | | | x |
| Mayor de 80 o más años | | | | | x |
| Career | | x | x | | |
| Caregiver | | | x | | |
| Caregivers | x | x | | x | |
| Elder care | | x | | | |
| Fall prevention | x | | | | |
| Fall risk/assessment | | | x | | |
| Fall risk assessment | | | x | | |
| Falling | | | x | | |
| Falls | | x | | | |
| Geriatrics | | x | | | |
| Gerontologic nursing | x | | | | |
| Home care personnel | | x | | | |
| Home health aides | x | | | x | |
| Home health nursing | | | | x | |
| Home safety | x | | | | |
| Nurse | | | x | | |
| Nurses | x | x | | x | |
| Nurses aides | | | | x | |
| Nurses, community health | | | | x | |
| Nursing | | x | x | x | |
| Nursing care | x | | | | |
| Nursing homes | | x | | | |
| Occupational therapists | | x | | | |
| Patient safety | x | | | x | |
| Prevention | | x | | | |
| Primary care nursing | | | | x | |
| Risk assessment | | x | | | |
| Risk adjustment | | | | x | |
| Risk assessment | | | | x | |
| Risk factors | | x | | x | |
| Risk management | | x | | x | |
| Safety | x | x | | | |
| Senescence | | | x | | |
| Social care | | | x | | |

Procedimiento

Se llevó a cabo una búsqueda electrónica exhaustiva en las bases de datos CINAHL, PubMed/Medline, Embase, PsycInfo, Cochrane Library, PeDRO, Opengrey (Reports), Cuiden plus, Cuidatge, Enfiso, Medes, Lilacs, Teseo, Dissertation and Thesis Global e Ibecs. La **tabla 1** muestra los descriptores utilizados en la estrategia de búsqueda. Además, se realizó una búsqueda manual en la que se seleccionaron publicaciones recuperadas en la búsqueda electrónica y en revistas de poca difusión. Los criterios de inclusión fueron estudios primarios en inglés, francés, portugués y español sobre proveedores formales e informales de cuidados y prevención de caídas de personas mayores de 65 años. Se excluyeron los estudios publicados en otros idiomas, que no indicaban dónde se desarrollaba la actividad preventiva o quién la implementaba, y aquellos en los que participaban personas menores de 65 años; también se excluyeron los estudios secundarios y los artículos recuperados que no eran investigaciones.

El equipo de investigación, en parejas con competencia metodológica en investigación cualitativa, consensuó la valoración de los estudios cualitativos recuperados y la extracción de sus datos. En caso de discrepancia, se recurrió a una tercera persona del equipo. La calidad de los estudios seleccionados se valoró según criterios predeterminados²³ y los datos se extrajeron usando un formato

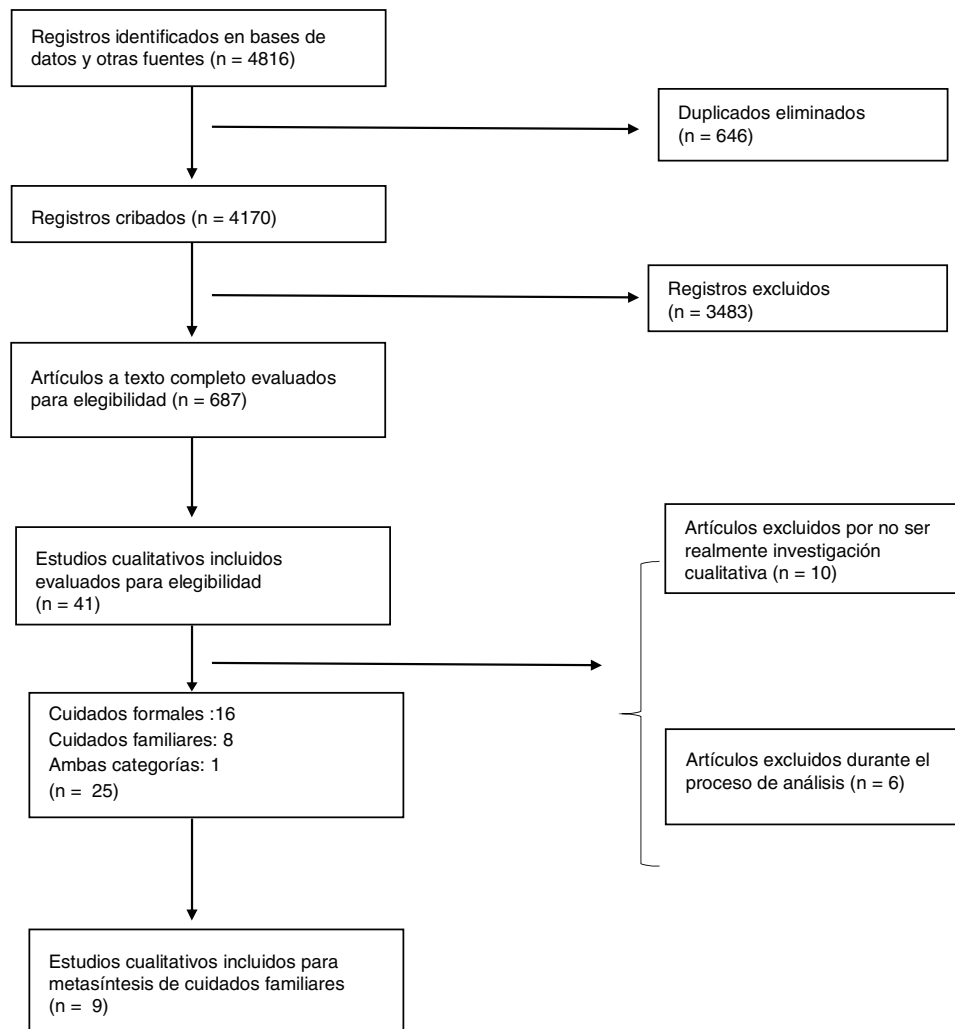


Figura 1. Diagrama de flujo.

adaptado del Joanna Briggs Institute for Evidence-Based Practice²⁵. Se excluyeron estudios por no ser realmente investigación cualitativa y durante el proceso de análisis, por ser sus datos de mala calidad y por irrelevancia relativa a las categorías emergentes²⁶ (fig. 1).

Para la presente síntesis cualitativa quedaron incluidos nueve estudios de personas cuidadoras familiares. Estos trabajos provienen principalmente de los Estados Unidos y del Reino Unido, y se realizaron entre los años 2000 y 2014. En ellos participaron un total de 132 personas cuidadoras familiares y los datos se obtuvieron fundamentalmente a través de entrevistas. El principal propósito fue explorar la experiencia en torno a las caídas del familiar mayor (tabla 2).

Análisis

Los datos se analizaron utilizando el *software* Nvivo12 y siguiendo procedimientos de la teoría fundamentada²⁷⁻²⁹. Esta es una estrategia bien documentada y propuesta para las síntesis cualitativas^{19,30}. El análisis se inició con la codificación abierta de cada artículo y, una vez que las categorías emergieron, se realizó una codificación focalizada para desarrollarlas. Al terminar el proceso de codificación, se volvieron a leer todos los estudios para validar las categorías emergentes. A lo largo del análisis se elaboraron memos analíticos. Con el fin de preservar el anonimato de los autores durante el análisis, los artículos seleccionados se

identificaron con un código (tabla 2). En los resultados de esta síntesis cualitativa, los datos de los estudios revisados se identifican con su correspondiente código.

Resultados

La síntesis de los estudios revela que la prevención de las caídas de los familiares mayores de 65 años está inmersa en una compleja red de relaciones de parentesco y de cuidados, y que una caída supone un punto de inflexión en estas relaciones. A continuación se presentan estas dos categorías, estrechamente conectadas entre sí.

Una compleja red de relaciones de parentesco y cuidados

Los estudios revisados muestran que las personas cuidadoras familiares emplean tres enfoques básicos para evitar que el familiar mayor se caiga: la coerción, para controlar especialmente la actividad del familiar mayor; el paternalismo, que tiende a sobreprotegerle; y la negociación, que reconoce su autonomía. Todos ellos están ilustrados con datos en la tabla 3 (CF6, CF8, CF7).

Estos enfoques están influidos por cómo la persona cuidadora percibe la gravedad de la situación (CF4) y por roles de género; así, las hijas que cuidaban de sus padres utilizaban más la negociación, y los hijos varones tendían a sobreproteger y coaccionar a sus madres (CF7). Para prevenir las caídas, los/las familiares vigilan

Tabla 2
Características de los estudios seleccionados

| Autor y doi | Año | Código del estudio | País | Tipo de estudio | Lugar | N.º participantes | Obtención de datos | Propósito |
|--|------|--------------------|-------------|-----------------------|-------------------|-------------------|---------------------------|--|
| Abendroth et al. 10.1016/j.ijnurstu.2011.10.003 | 2012 | CF 9 | EE.UU. | Teoría fundamentada | Domicilio | 20 | Entrevista | Comprender decisión de institucionalizar a familiar con Parkinson |
| Buri y Dawson 10.1080/13698570020000676 | 2000 | CF 12 | Reino Unido | Teoría fundamentada | Domicilio | 13 | Entrevista Grupo focal | Descubrir el significado de riesgo de caída |
| Da Silva et al. 10.3109/02703181.2014.946639 | 2014 | CF 10 | EE.UU. | Fenomenología | Domicilio | 5 | Entrevista | Explorar la experiencia de familiares cuidadores sobre caídas y miedo a caer después un ictus |
| Honaker y Krestschmer 10.1044/1059-0889(2013/12-0074) | 2014 | CF 4 | EE.UU. | Mixto-fenomenología | Domicilio | 14 | Entrevista | Explorar el impacto del miedo a caer |
| Horton y Arber 10.1017/S0144686X03001569 | 2004 | CF 7 | Reino Unido | Teoría fundamentada | Vivienda asistida | 35 | Entrevista | Examinar las negociaciones entre personas mayores que se han caído y sus cuidadores sobre medidas preventivas para evitar caídas |
| Kilian et al. 10.3138/cja.27.4.331 | 2008 | CF 8 | Canadá | Etnografía focalizada | Domicilio | 6 | Entrevista | Explorar la percepción de riesgo de caerse de los mayores y sus hijos adultos. |
| Lee et al. 10.1093/her/cyt091 | 2013 | CF 5 | Australia | Cualitativo | Domicilio | 8 | Entrevista | Describir la información que se proporciona a familiares sobre prevención de caídas |
| Mcintyre y Reynolds 10.1017/S0144686X11000699 | 2012 | CF 6 | Reino Unido | Fenomenología | Comunidad | 22 | Entrevista Grupo focal | Explorar la experiencia de caerse de las personas mayores y de sus cuidadores |
| Suttanon et al. 10.1017/S1044610211002729 | 2012 | CF 2 | Australia | Fenomenología | Domicilio | 9 | Entrevista | Identificar los factores que influyen en la adherencia a un programa de prevención de caídas |

constantemente a la persona mayor (CF6, CF12), restringen su actividad y movilidad (CF6, CF7, CF12), identifican posibles riesgos (CF8, CF12), adaptan la vivienda o cambian de residencia si es necesario (CF9, CF10), y le apoyan para favorecer su recuperación y la adherencia a las propuestas preventivas (CF2, CF5, CF7, CF8, CF12). Dichas acciones no se llevan a cabo en el vacío, sino que están mediadas por relaciones de parentesco, como se ilustra en la [tabla 3](#) (CF8).

Las acciones preventivas pueden causar tensiones y conflictos entre los/las familiares implicados, de manera que tener un/una familiar en riesgo de caída afecta los vínculos familiares (CF8). Los estudios revisados señalan las dificultades que encuentran los/las familiares para que las personas mayores se adhieran a las indicaciones de seguridad, tales como usar ayudas para la movilidad o limitar sus actividades cotidianas (CF8, CF4). Convencer a un/una familiar cuando la relación de parentesco es de subordinación, como en el caso de los/las hijos/as con los progenitores, y está regida por roles de género (CF7), no es fácil debido a los desequilibrios de poder implícitos en estas relaciones. Lo intrincado de las relaciones de parentesco y la prevención de las caídas se pone de manifiesto en un estudio ([tabla 3](#), CF6).

A estas relaciones se suman las de cuidados, bien sea porque el/la familiar implicado/a se sienta responsable de la seguridad de la persona mayor en riesgo de caída (CF8, CF6) o bien porque hay una relación de cuidados previa debido a que la persona mayor tiene una condición de salud crónica, como demencia (CF6) o Parkinson (CF9, CF12). En efecto, las relaciones de parentesco quedan teñidas por los cuidados ([tabla 3](#), CF9).

En estas redes de relaciones familiares y de cuidados es donde se sitúa la prevención de las caídas de las personas mayores. No obstante, no siempre puede evitarse la caída, y cuando sucede es un punto de inflexión que cambia las relaciones. Una caída lo trastoca todo, como se describe en el siguiente apartado.

Un punto de inflexión: cambios en la vida de quien cuida y en las relaciones familiares

Después de una caída, las cosas ya no son lo mismo: el rol de persona cuidadora se acentúa, los cuidados se intensifican y, con ello, también la carga del cuidado. Las relaciones de parentesco se desdibujan y la vida de la persona que es cuidadora queda atada a la de la persona cuidada. El estatus de la persona familiar mayor se desliza hacia uno de mayor dependencia, tal como se ilustra en la [tabla 3](#) (CF6).

Por otro lado, el miedo de los/las familiares a que se produzca una nueva caída afecta la dinámica familiar (CF6, CF10). A ojos de sus familiares, la persona mayor deviene en un peligro para sí misma, una persona a quien hay que vigilar y supervisar continuamente ([tabla 3](#), CF4, CF10). Las actividades preventivas cambian identidades, relaciones y estilos de vida ([tabla 3](#), CF6).

Después de una caída se requieren mayores cuidados y mayor compromiso con el/la familiar dependiente (CF4); pueden añadirse nuevos cuidados, como los derivados de una lesión, e intensificarse otros, como los de vigilancia (CF6). La carga del cuidado aumenta y, con ello, el bienestar de quien cuida se ve comprometido. Un estudio concluye que «la intensidad de los cuidados afectaban a los cuidadores al consumir su tiempo y energía» (CF12). Así, en los estudios revisados, las personas cuidadoras mencionan el estrés, el aumento de trabajo y de la carga del cuidado, así como limitaciones en su vida social (CF2, CF4, CF6, CF10). Se ha llegado a plantear que el cuidado en esta situación puede verse como una «invalidez a terceros» ([tabla 3](#), CF4).

Las relaciones de parentesco se ponen a prueba. En un estudio, una esposa cuidadora comenta que es un misterio que aún sigan casados debido al estrés, al peso del cuidado y al aumento del trabajo doméstico (CF10). En efecto, los familiares entran en un nuevo ciclo de cuidados y, cuando se agotan, sobreviene la institucionalización del/de la familiar que se ha caído (CF9).

Tabla 3
Categorías y datos

| Categoría: Compleja red de relaciones de parentesco y cuidados. | |
|---|--|
| Código del estudio | Dato |
| CF6 | Paul [el hijo] tendía a tomar decisiones de forma unilateral relativas a los cambios en la casa de Vera, tales como retirar muebles y alfombras o limitar su actividad no sacándola a pasear. |
| CF8 | El segundo enfoque, que a veces se utilizaba, para reducir el riesgo, implicaba compartir la información y el respeto por parte de los hijos y los padres. |
| CF7 | Al percibir la necesidad de «cuidar» a sus madres, casi todos los hijos emprendieron acciones protectoras para evitar que sus madres volvieran a caerse. |
| CF8 | Mientras que el riesgo de la caída estaba influido por condiciones sociales amplias, las acciones para prevenirlas estaban mucho más mediadas por la familia. |
| CF6 | La experiencia de las caídas está permeada y es permeada por estas relaciones [familiares]. |
| CF9 | Otro cónyuge reflexionó sobre este tipo de cuidados, en la siguiente frase: «Es más como, pienso en una madre, le cuidas, le cubres de noche, te aseguras de que esté caliente, ese tipo de cosas. Es más, esa relación, más que una relación de iguales como en la situación de esposo y esposa». |
| CF7 | Los resultados sugieren que el género de la diada y el desequilibrio de poder entre hombres y mujeres influye en la negociación [para evitar caídas] y en las acciones que se llevan a cabo. . . En particular el empoderamiento de las personas mayores por parte de las esposas e hijas permitió a los hombres mayores jugar un papel activo y preservar su posición en la familia. Por otro lado, el desempoderamiento de las mujeres mayores por sus hijos en algunos casos amenazó la identidad de género y el “derecho” a decidir sobre las formas para prevenir caídas futuras. |
| Categoría: Un punto de inflexión en las relaciones de parentesco y de cuidados. | |
| Código del estudio | Dato |
| CF6 | Se puede decir que la reacción de los cuidadores a la caída y sus intentos por manejar las consecuencias, supervisando el cuerpo y limitando la actividad [del mayor], también impactaban sobre el <i>self</i> y la identidad del receptor de cuidados. |
| CF10 | Hablaron [las personas cuidadoras] de los ajustes que tenían que hacer en sus vidas cotidianas y de la necesidad continua de hacer esos ajustes. |
| CF4 | Las personas cuidadoras del mayor con frecuencia desempeñaron un rol sobreprotector. Muchos tenían preocupaciones sobre la repetición de una caída de la persona amada. |
| CF6 | Las experiencias de las caídas se relataban como puntos de inflexión en las relaciones, causando a la persona receptora de cuidados una gran dependencia física y emocional de la persona cuidadora. |
| CF4 | El estrés causado por cuidar de familiares y amigos inválidos puede tener grandes consecuencias adversas para la salud fisiológica y psicológica del cuidador que pueden resultar en una aparente invalidez a terceros. |
| CF6 | Como resultado de la caída durante los cuidados de respiro y la falta de movilidad consecuente, Neil sintió que no podía seguir confiando a otros la responsabilidad de su madre. Consideró rechazar los cuidados de respiro para su madre, pero también expresó el dilema de él necesitar ayuda con los cuidados. |
| CF6 | En algunos casos, la vida de los cuidadores gira tanto alrededor del familiar con la enfermedad de Parkinson que describían que se sentían como si sus identidades se decoloraban con la identidad de la persona amada. |
| CF9 | Algunas personas cuidadoras tenían dificultad en separarse física y emocionalmente de sus familiares con la enfermedad de Parkinson. Sus vidas estaban tan entrelazadas que no tenían tiempo para sus propias necesidades. |

Con la caída de la persona mayor, el rol de cuidador/a se profundiza. Su vida cambia y los cuidados de la persona dependiente se tornan prioritarios, a costa de poner la propia salud en peligro y de renunciar a un necesario descanso (tabla 3, CF6).

La salud de la persona cuidadora pasa a un segundo lugar (CF9) y se da la paradoja de que las personas cuidadoras son vulnerables y están en riesgo de caerse. De hecho, en algunos estudios reconocen que han tenido caídas (CF6, CF10). Así, se va conformando un contexto de roles borrosos y relaciones mezcladas: el de parentesco con los cuidados y el de cuidar y ser cuidado. Las identidades se desdibujan (tabla 3, CF6).

La revisión de los artículos muestra que este es un contexto dinámico, en el cual las vidas de quien cuida y de la persona cuidada quedan entrelazadas por vínculos de parentesco y prácticas de cuidados (tabla 3, CF9). A medida que la dependencia de la persona mayor aumenta, se incrementa la vulnerabilidad de la persona familiar cuidadora, y las relaciones de parentesco pasan a un segundo plano.

Discusión

Los cuidados se proporcionan en contextos complejos y variados³¹, y se ha señalado la necesidad de un conocimiento profundo del contexto para la implementación de medidas preventivas de caídas en la comunidad⁴. La presente síntesis ha mostrado que las relaciones de parentesco y de cuidados familiares median en las intervenciones para prevenir las caídas de las personas mayores, lo que ha pasado desapercibido en la literatura^{12–14}.

Asimismo, la síntesis ha revelado que una caída constituye un punto de inflexión en las relaciones familiares y de cuidados. Se ha mostrado que los/las familiares que cuidan están expuestos/as a tener caídas; son una población vulnerable y, por ello, requieren acciones preventivas. No obstante, en la literatura se tiende a tratarlos como agentes de prevención, pero no como receptores de cuidados^{2,4,32}. Además, los estudios revisados revelan que los roles de cuidador/a y persona cuidada no están claramente delimitados, pueden llegar a entrelazarse y son dinámicos⁵. Por todo ello, al proponer medidas para la prevención de las caídas hay que tener en cuenta las relaciones de género y de parentesco inherentes a los cuidados familiares, y reconocer la vulnerabilidad de la persona cuidadora.

La tendencia actual pone el acento en la prevención y la detección precoz de la fragilidad como una manera eficaz de promover el envejecimiento saludable y evitar la discapacidad³³. En muchas ocasiones, las personas mayores son cuidadas por su cónyuge u otros/as familiares coetáneos/as que pueden entrar en la categoría de frágiles, lo que debe tenerse en cuenta. Así, se reconoce la importancia de incluir en la gestión de la fragilidad el ámbito comunitario, habitado tanto por quienes reciben cuidados como por quienes los proporcionan³⁴.

El papel que tienen los/las familiares cuidadores/as y las personas mayores en la prevención de las caídas es indudable³⁵. En la literatura se destaca su papel en las modificaciones de la vivienda para prevenirlas⁴ y en persuadir a la persona mayor para que contacte con el médico después de una caída³⁶. No obstante, llama la atención lo poco documentadas que están las demás acciones

cotidianas que llevan a cabo los/las familiares y allegados/as para prevenir las caídas de las personas mayores; esto contrasta con la vasta literatura sobre la prevención de las caídas dirigida a profesionales de la salud^{14,37,38}.

Sin embargo, distintos documentos que recogen iniciativas destinadas a la prevención de las caídas señalan la necesidad de integrar en ellas a todas las personas implicadas. Así, las políticas europeas enfatizan el desarrollo de iniciativas en la comunidad, con un enfoque centrado en las personas, en las que los/las familiares desempeñen un papel crucial. Se reconoce, además, la necesidad de vincular el hospital y la comunidad, y se propone investigar intervenciones que incluyan el medio comunitario, social y sanitario³⁴.

Las intervenciones multifactoriales, respaldadas por niveles de evidencia sólidos, se componen de elementos tales como formación, modificación del entorno, ejercicios, ayuda a la movilidad, revisión de la medicación y solución de problemas tras una caída^{39,40}. En todas ellas, los proveedores de cuidados familiares son actores necesarios, por lo que han de formar parte del equipo de profesionales que las implementan.

Si se considera que los/las familiares y allegados/as prestan la mayor parte de los cuidados en situaciones de dependencia⁴¹, y que la tendencia es promover la permanencia de las personas dependientes en sus domicilios⁴², son necesarias investigaciones que documenten los procesos de cuidados llevados a cabo en el ámbito no profesional y las dificultades que los/las familiares encuentran para la prevención de las caídas. En el área de la salud se presta atención a sistemas complejos adaptativos y no a receptores pasivos de intervenciones⁴³. Esto debe contemplarse en la planificación y la gestión de las intervenciones para la prevención de las caídas de las personas mayores en la comunidad, promoviendo la participación de las personas cuidadoras y reconociendo lo fundamental que es su labor.

Por otro lado, debe hacerse un mejor uso de la investigación cualitativa para comprender la experiencia, las prácticas de los cuidados y los contextos en los que se proporcionan. Con ello, se contribuiría al desarrollo de una evidencia basada en la práctica³¹ y a la equidad en salud¹⁸. Se espera que lo encontrado en esta síntesis favorezca tal fin.

Esta síntesis cualitativa se ve limitada por la cantidad y la calidad de los estudios revisados; también por la dispersión de sus propósitos, que restringe la descripción de las categorías. Asimismo, la variedad de las metodologías empleadas ha limitado la interpretación de los datos.

Conclusión

El contexto familiar y de cuidados, así como el impacto que tienen las caídas en la vida familiar, deben reconocerse y considerarse en los programas y las intervenciones de prevención de las caídas de las personas mayores en la comunidad. De otra manera, se estará contribuyendo inadvertidamente a aumentar la carga del cuidado de las personas cuidadoras. Asimismo, considerar este contexto mejorará la eficacia de las intervenciones preventivas y facilitará su aceptación. Las políticas y los programas de prevención de las caídas deben prestar mayor atención a la interdependencia que hay entre la salud y el bienestar de las personas proveedoras de cuidados y las personas cuidadas, así como a lo difuso de sus roles.

Editor responsable del artículo

Carlos Álvarez Dardet.

Contribuciones de autoría

C. De la Cuesta-Benjumea: concepción y diseño del estudio; recogida, análisis e interpretación de datos; escritura del artículo; aprobación final del manuscrito. C.P. Arredondo-González: análisis e interpretación de datos; escritura del artículo; aprobación final del manuscrito. B. Lidón-Cerezuela: recogida de datos; revisión crítica del artículo; aprobación final del manuscrito. E. Abad-Corpa: concepción y diseño del estudio; recogida y análisis de datos; revisión crítica del artículo; aprobación final del manuscrito. Todas las autoras se hacen responsables y garantes de que todos los aspectos que integran el manuscrito han sido revisados y discutidos entre ellas.

Financiación

Proyecto financiado por el Instituto Nacional de Salud Carlos III - Ministerio de Economía, Industria y competitividad - Fondo Europeo de Desarrollo Regional (FEDER). PI 15/01351.

Conflictos de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- Gillespie LD, Robertson MC, Gillespie WJ, et al. Interventions for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012. CD007146.
- De la Cuesta C, Roe B. Falls of older people living in the community – a critical review. *Rev CES Psico*. 2015;8:21–36.
- Sherrington C, Michaleff ZA, Fairhall N, et al. Exercise to prevent falls in older adults: an updated systematic review and meta-analysis. *Br J Sports Med*. 2017;51:1749–57.
- Klein D, Rapp K, Küper M, et al. A population based intervention for prevention of falls and fractures in home dwelling people 65 years of age and older in south Germany: a protocol. *JMR Res Protoc*. 2014;3:e19.
- Clancy A, Balteskard B, Perander B, et al. Older persons' narrations on falls and falling – stories of courage and endurance. *Int J Qual Stud Health Well-being*. 2015;10:26123.
- Abad-Corpa E, González-Gil T, Martínez-Hernández A, et al. Caring to achieve the maximum independence possible: a synthesis of qualitative evidence on older adults' adaptation to dependency. *J Clin Nurs*. 2012;21:3153–69.
- Durán MA. La riqueza invisible del cuidado. Valencia: Universitat de València; 2018. p. 518.
- García-Calvente M, del Río-Lozano M, Marcos-Marcos J. Desigualdades de género en el deterioro de la salud como consecuencia del cuidado informal en España. *Gac Sanit*. 2011;25:100–10.
- Arnsberger P, Lynch U, Li F. The effects of caregiving on women's self-assessed health status: an international comparison. *Health Care Women Int*. 2012;33:878–95.
- Larrañaga I, Martín U, Bacigalupe A, et al. Impacto del cuidado informal en la salud y la calidad de vida de las personas cuidadoras: análisis de las desigualdades de género. *Gac Sanit*. 2008;22:443–50.
- del Río-Lozano M, García-Calvente MM, Marcos-Marcos J, et al. Gender identity in informal care: impact on health in Spanish caregivers. *Qual Health Res*. 2013;23:1506–20.
- World Health Organization. WHO global report on falls prevention in older age. Geneva: WHO; 2007. p. 53.
- National Institute for Health and Care Excellence. Assessment and prevention of falls in older people. Manchester; 2013. p. 315. (Consultado el 8/6/2019.) Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg161/evidence/falls-full-guidance-190033741>.
- Registered Nurses' Association of Ontario. Preventing falls and reducing injury from falls. 4th ed. Toronto, ON; 2017. 132 p. (Consultado el 12/6/2019.) Disponible en: <https://rnao.ca/bpg/guidelines/prevention-falls-and-fall-injuries/>.
- Meyer C, Hill S, Dow B, et al. Translating falls prevention knowledge to community-dwelling older PLWD: a mixed-method systematic review. *Gerontologist*. 2015;55:560–74.
- Lach HW, Krampe J, Phongphanngam S. Best practice in fall prevention: roles of informal caregivers, health care providers and the community. *Int J Older People Nurs*. 2011;6:299–306.
- Gough D, Oliver S, Thomas J. Introducing systematic reviews. En: Gough D, Oliver S, Thomas J, editores. An introduction to systematic reviews. 2nd ed. Los Angeles: SAGE; 2017. p. 1–17.
- Lewin S, Glenton C. Are we entering a new era for qualitative research? Using qualitative evidence to support guidance and guideline development by the World Health Organization. *Int J Equity Health*. 2018;17:126.

19. Evans D. Overview of methods. En: Webb C, Roe B, editores. *Reviewing research evidence for nursing practice: systematic reviews*. Oxford: Blackwell Publishing; 2007. p. 137–48.
20. Webb C, Roe B. Reflections on the past, present and future of systematic reviews. En: Webb C, Roe B, editores. *Reviewing research evidence for nursing practice: systematic reviews*. Oxford: Blackwell Publishing; 2007. p. 254–60.
21. Sandelowski M, Leeman J, Knaf K, et al. Text in context: a method for extracting findings in mixed-methods mixed research synthesis studies. *J Adv Nurs*. 2013;69:1428–37.
22. Pluye P, Hong QN. Combining the power of stories and the power of numbers: mix methods research and mix studies reviews. *Annu Rev Public Health*. 2014;35:29–45.
23. De la Cuesta-Benjumea C, Henriques M A, Abad-Corpa E, et al. Falls prevention among older people and care providers: protocol for an integrative review. *J Adv Nurs*. 2017;73:1722–34.
24. Crowe M, Whitehead L, Seaton P, et al. Qualitative meta-synthesis: the experience of chronic pain across conditions. *J Adv Nurs*. 2017;73:1004–16.
25. Joanna Briggs Institute. JBI-CReMS [JBI Sumari]. (Consultado el 3/2/2015.) Disponible en: <http://jbisumari.org/>.
26. Sandelowski M, Barroso J. *Handbook for synthesizing qualitative research*. New York: Springer; 2007. p. 28.
27. Glaser B. *Memoing a vital grounded theory procedure*. Mill Valley CA: Sociology Press; 2014. p. 161.
28. Charmaz K. *Constructing grounded theory: a practical guide through qualitative analysis*. 2nd ed. London: SAGE; 2014. p. 224.
29. Strauss A. *Qualitative analysis for social scientists*. Cambridge: University Press; 1987. p. 319.
30. Whittemore R, Knaf K. The integrative review: updated methodology. *J Adv Nurs*. 2005;52:546–53.
31. Leeman J, Sandelowski M. Practice-based evidence and qualitative inquiry. *J Nurs Scholarsh*. 2012;44:171–9.
32. Twigg J, Atkin K. *Carers perceived – policy and practice in informal care*. Buckingham: Open University Press; 1994. p. 192.
33. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor. Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS. Madrid: Centro de Publicaciones; 2014. p. 82.
34. Action Group A2. *Renovated Action Plan 2018-2020*. European Innovation Partnership on Activity and Healthy Aging (EU). (Consultado el 26/10/2019.) Disponible en: https://ec.europa.eu/eip/ageing/library/action-group-a2-renovated-action-plan-2018-2020_en.
35. Roe B, Howell F, Riniotis K, et al. Older people and falls: health status, quality of life, lifestyle, care networks, prevention and views on service use following a recent fall. *J Clin Nurs*. 2009;8:2261–72.
36. Dollard J, Braunack-Mayer A, Horton K, et al. Why older women do or do not seek help from the GP after a fall: a qualitative study. *Fam Pract*. 2014;31:222–8.
37. Cameron ID, Dyer SM, Panagoda CE, et al. Interventions for preventing falls in older people in care facilities and hospitals. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018:CD005465.
38. Butcher H, Bulechek G, Dochterman JM, et al. *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)*. 7.^a ed. Barcelona: Elsevier; 2018. p. 528.
39. Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). *Preventing falls and reducing injury from falls*. 4th ed. Ontario: NAO; 2017. p. 128.
40. ProFaNE. *Prevention of falls Network Europe. Manual for the fall prevention classification system 2007*. Universidad de Manchester (UK). (Consultado el 26/10/2019.) Disponible en: <http://www.profane.eu.org/taxonomy.html>.
41. Verbakel E, Tamlagsrønning S, Winstone L, et al. Informal care in Europe: findings from the European Social Survey special module on the social determinants of health. *Eur J Public Health*. 2017;27(Suppl 1):90–5.
42. Ranci C, Pavolini EP. Reforms in long-term care policies in Europe: an introduction. En: Ranci C, Pavolini EP, editores. *Reforms in long-term care policies in Europe*. New York: Springer; 2013. p. 3–22.
43. Gough D, Thomas J. Commonality and diversity in reviews. En: Gough D, Oliver S, Thomas J, editores. *An introduction to systematic reviews*. 2nd ed. Los Angeles: SAGE; 2017. p. 43–70.