

# SENTIDO Y PROCESO DEL TEMOR A CAER EN ANCIANOS

*Carmen Lucía Curcio\**  
*Hélène Corriveau\*\**  
*Marie Beaulieu\*\*\**

Recibido en mayo 27 de 2011, aceptado en agosto 26 de 2011

## Resumen

**Introducción:** el temor a caer es una preocupación mayor tanto de los ancianos y sus familias como del personal de la salud. Todas sus consecuencias son importantes para la salud, el bienestar y la calidad de vida de los ancianos. La gran mayoría de los estudios se han desarrollado desde una perspectiva epidemiológica y solo raras excepciones desde una perspectiva cualitativa. **Materiales y métodos:** se utilizó el método cualitativo de la teoría fundamentada. Se hizo un muestreo teórico por etapas (abierto, discriminado y selectivo) hasta lograr la saturación de los conceptos emergentes. Las entrevistas se llevaron a cabo con 37 ancianos mayores de 60 años, en tres ciudades de la región cafetera colombiana. El análisis respeta los principios de la teoría fundamentada: codificación abierta, axial y selectiva para la construcción del modelo teórico. **Resultados y discusión:** el temor a caer es un concepto difícil de definir, impreciso y ambiguo. Los participantes evocan un temor difuso, sin objeto preciso y sin causa evidente, cuya amenaza es oscura, vaga, con una duración ilimitada y se acompaña de sentimientos de impotencia. El temor a caer en los ancianos genera mucha angustia, y para controlarlo los ancianos deben transformarlo en temores secundarios. El manejo del miedo a caer es un proceso que exige una reorganización de la vida cotidiana y tiene un carácter eminentemente biográfico: para enfrentar este temor, los ancianos hacen ajustes que les permiten integrar en sus vidas tanto el temor a caer como los cambios que este trae consigo. Estos cambios se armonizan a través de interacciones. **Conclusión:** el miedo a caer es un sentimiento que modifica profundamente la relación del anciano consigo mismo y con su entorno. Así, el temor a caer en los ancianos es más que una emoción y su manejo implica cambios: ajustes biográficos y reorganización de la vida cotidiana. Cambios que se construyen a través de interacciones que se desarrollan en diferentes esferas de la vida social. Esta nueva manera de concebir el temor a caer impone nuevos desafíos para su manejo y para evitar las consecuencias negativas.

## Palabras clave

Temor a caer, ajuste biográfico, rutinización, interacción. (*Fuente: DeCS, BIREME*).

\* Terapeuta Ocupacional, Magíster en Gerontología Social, Ph.D. en Gerontología. Facultad de Ciencias para la Salud. Departamento Acción Física Humana. Grupo de Investigaciones en Gerontología y Geriátrica. Universidad de Caldas, Colombia. Correo Electrónico: carmen.curcio@ucaldas.edu.co

\*\* Université de Sherbrooke. Faculté de Médecine et des Sciences de la Santé, Département de Réadaptation. Centre de Recherche sur le Vieillissement du Centre de Santé et Services Sociaux de l'Institut Universitaire de Gériatrie de Sherbrooke (CSSS-IUGS), Canada. Correo Electrónico: helene.corriveau@usherbrooke.ca

\*\*\* Université de Sherbrooke. Faculté des Lettres et Sciences Humaines. Département de Service Social. Centre de Recherche sur le Vieillissement du Centre de Santé et Services Sociaux de l'Institut Universitaire de Gériatrie de Sherbrooke (CSSS-IUGS), Canada. Correo Electrónico: carmen.curcio@ucaldas.edu.co

## MEANING AND FEAR OF FALLING PROCESS IN THE ELDERLY

### Abstract

**Introduction:** The fear of falling is a great worry for both, the elderly and their families and the health professionals. All its consequences are important for the health, welfare and quality of life of the elderly. Most of the studies have been developed from an epidemiologic perspective and only some rare exceptions from the qualitative perspective. **Materials and methods:** A qualitative method of the grounded theory was used. A theoretical sampling in different stages (open, discriminated and selective) was carried out in order to achieve saturation of the emergent concepts. The interviews were performed to 37 older than 60 people in three cities in the Colombian Coffee Region. The analysis respects the principles of the grounded theory: open, axial and selective coding for the construction of the theoretical model. **Results and discussion:** The fear of falling is a difficult to define, vague and ambiguous concept. The participants recall a vague, without a precise objective or evident cause fear whose threat is dark, hazy, with limited duration and accompanied by helplessness feelings. The fear of falling in the elderly generates a lot of anguish and in order to control it they have to transform it in secondary fears. The management of the fear of falling is a process that demands a reorganization of daily life and has an imminently biographic character: to face this fear the elderly make adjustments that allow them to incorporate in their lives both, the fear of falling and the changes it brings along. These changes harmonize through interactions. **Conclusion:** The fear of falling is a feeling that deeply modifies the relationship of an elderly with himself and with his environment. This way, the fear of falling in the elderly is more than an emotion and its management implies changes: biographic adjustments and daily life reorganization. These changes are built through interactions that develop in different spheres of the social life. This new way to conceive the fear of falling imposes new challenges for its management and to avoid the negative consequences.

### Key words

Fear to fall down, biographic adjustment, routinization, interaction. (Source: MeSH, NLM)

## SENTIDO E PROCESSO DO TEMOR A CAIR EM ANCIÃOS

### Resumo

**Introdução:** O temor a cair é uma preocupação maior tanto dos anciãos e suas famílias como do pessoal da saúde. Todas suas conseqüências são importantes para sua saúde, e bem-estar e qualidade de vida dos anciãos. A Grão maioria dos estudos tem sido desenvolvidos desde uma perspectiva epidemiológica e só raras exceções desde a perspectiva qualitativa. **Materiais e métodos:** utilizou se o método qualitativo da teoria fundamentada. Fez-se uma amostragem teórica por etapas (Aberto, discriminativo e seletivo) até lograr a saturação dos conceitos emergentes. As entrevistas levaram se acabo com 37 anciãos maiores de 60 anos, em três cidades na região cafeeira colombiana. O analise respeita os princípios da teoria fundamentada: codificação aberta, axial, e seletiva para a construção do modelo teórico. **Resultados e discussão:** O temor a cair é um conceito difícil de definir, impreciso e ambíguo. Os participantes evocam um temor difuso, sem objeto preciso e sem causa evidente, cuja ameaça é escura, vaga, com uma duração ilimitada e se acompanha de sentimentos de impotência. O temor a cair nos anciãos gera muita angústia, e para controlar-los os anciãos devem transformar-lo em temores secundários. O manejo do medo a cair é um processo que exige uma reorganização da vida cotidiana e tem um caráter eminentemente biográfico: para enfrentar este temor, os anciãos fazem ajustes que lhes permitem integrar em suas vidas tanto o temor a cair como os câmbios que este traz com este. Estes câmbios se harmonizam a través de interações. **Conclusão:** O medo a cair é um sentimento que modifica profundamente a relação do ancião com ele mesmo e com seu entorno. Assim, o temor a cair em os anciãos é mais que uma emoção e seu manejo implicam câmbios: ajustes biográficos e reorganização da vida cotidiana. Câmbios que se constroem a través de interações que se desenvolvem em diferentes esferas da vida social. Esta nova maneira de conceber o temor a cair impõe novos desafios para seu manejo e para evitar as conseqüências negativas.

### Palavras Chave

Temor a cair, ajuste biográfico, rotina, interação. (Fonte: DeCS, BIREME)

## INTRODUCCIÓN

El interés por el temor a caer aument   notablemente en la década de 1990. En un principio denominado síndrome posca  da (1), fue visto inicialmente como una consecuencia psicológica de las caídas (2,3) y dio lugar a la producción de varios modelos conceptuales (4). Ha recibido numerosas denominaciones: miedo a las caídas, disminución de la autoconfianza, disminución de la auto-eficacia relacionada con las caídas, pérdida de confianza en el equilibrio, preocupación de caer, inquietud o ansiedad de caer, temor a caer, percepción de control sobre las caídas y síndrome del temor a caer. La definición más conocida y más utilizada es la de Tinetti, Richman y Powel (5), quienes afirman que el temor a caer es una consecuencia psicológica de caídas, específicamente, es la pérdida de confianza en sí mismo para evitar las caídas durante la realización de actividades esenciales y relativamente no peligrosas, que llevan al individuo a evitar actividades que es capaz de realizar.

Las diferentes denominaciones del temor a caer a menudo se utilizan indistintamente (3), pues los investigadores usan los diferentes términos como si se tratara del mismo constructo. Aunque el temor a caer, la confianza de equilibrio y la auto-eficacia relacionada con caídas son conceptos asociados, no son isomorfos (3), lo cual es conceptualmente problemático (6). De hecho, es posible que una persona confíe en su habilidad para evitar caídas incluso cuando tiene temor a caer (7). Estas dificultades en la conceptualización y definición podrían explicar las variaciones de la prevalencia en diferentes estudios.

El temor a caer es muy común entre los ancianos, incluso entre aquellos que nunca han caído (8). La prevalencia varía considerablemente, y va desde el 29% hasta el 92% en los ancianos que han caído y que viven en la comunidad (9). Entre los ancianos que no han caído, la prevalencia varía del 12% al 65% (3). En ancianos de 60 años y más que viven

en comunidad en el Eje Cafetero colombiano, la prevalencia de temor a caer está entre el 45% y el 82% (10,11).

Además, muchos ancianos admiten haber restringido sus actividades a causa de este temor (12). La restricción de actividad como consecuencia del temor a hacer es reportada entre el 26% y el 56% de ancianos que viven en la comunidad (8,13,14). En la región cafetera colombiana, la prevalencia general de restricción de actividad entre ancianos que viven en comunidad se sitúa entre el 20% y el 47%, mientras que la de los ancianos que han caído está entre el 43% y el 50% (10,11,15). Se ha establecido un círculo vicioso: un estilo de vida sedentario puede conducir al desacondicionamiento progresivo de las capacidades de la persona, el cual se refleja principalmente en una disminución de la capacidad funcional y del desarrollo de problemas de equilibrio y marcha (16-20). Este desacondicionamiento, a su vez, aumenta el riesgo de caer y conduce al aislamiento social, disminución de actividades, depresión, fracturas e incluso la muerte (21). Estas situaciones tienen implicaciones importantes para los servicios de salud y el temor a caer es ahora reconocido como un problema de salud pública (22).

Existen unos pocos estudios cualitativos acerca del temor a caer, por ejemplo, Tischler y Hobson (23) realizaron un estudio con el objetivo de descubrir las causas y las consecuencias del temor a caer en ancianos que habían caído. Ellos encontraron que las consecuencias percibidas del temor a caer son depender de otros, sufrir fracturas o lesiones y ser institucionalizados.

Por su parte, Ward-Griffin y col. (24) presentan un modelo denominado tensión dinámica entre dos fuerzas opuestas: ser prudente y luchar por la autonomía. Este modelo es el primero que tiene en cuenta el punto de vista de los ancianos, es el resultado de un estudio fenomenológico y postula que el temor a caer es la base de una de dos fuerzas opuestas: de un lado, el ejercicio de la prudencia (centrada en el temor a caer), y del otro, la lucha

por la autonomía (centrada en la confianza). En el intento de equilibrar su temor y su deseo de independencia, los ancianos utilizan cinco estrategias para cada una de las dos fuerzas. Para ejercer la prudencia: seleccionar espacios seguros, atribuir responsabilidades, evitar obstáculos y situaciones de riesgo, limitar las actividades y aceptar la ayuda ofrecida. Para luchar por conservar la independencia y la autonomía: minimizar el impacto de las caídas, correr ciertos riesgos, evitar el confinamiento en casa, utilizar los dispositivos de ayuda y acceder a los recursos.

En el segundo modelo, proceso dinámico de gestión del temor a caer (25), el primer punto sobresaliente es que los ancianos consideran que el temor a caer es un aspecto normal dentro del proceso de envejecimiento. Este modelo propone cuatro grandes estrategias para gestionar el temor a caer: desarrollar síntomas psicósomáticos, adoptar una actitud de prevención de riesgos, prestar atención a la seguridad en el medio ambiente y modificar los comportamientos. Todas las estrategias se integran en el estilo de vida y son apoyadas o toleradas por la familia. Además, las consecuencias que emanan de la utilización de las estrategias, vivir o sufrir con el temor, están influenciadas por el grado de satisfacción con esas estrategias y por el soporte familiar.

Los participantes en un estudio fenomenológico llevado a cabo en Australia con nueve personas que habían reportado alto y moderado temor a caer (26), lo describen como una experiencia negativa, generalmente ligada a la incapacidad, al temor a la dependencia y a la institucionalización. Para evitar las caídas, los ancianos toman precauciones. Los resultados también indican que el temor a caer en sí mismo no es el responsable de la restricción de actividad y que ésta es el resultado de la combinación de múltiples factores.

La problemática del temor a caer tiene todos los ingredientes necesarios para atraer la atención de los investigadores y fomentar la realización

de acciones concretas: una alta prevalencia, las consecuencias son importantes, numerosas y costosas, la falta de consenso sobre su definición, la mayoría de los estudios son epidemiológicos (cuantitativos), los estudios cualitativos son muy escasos, y falta de conocimiento sobre el sentido y el impacto que tiene para los ancianos. Por esto, el objetivo de este estudio fue comprender y conceptualizar el temor a caer, así como identificar el proceso de este temor a caer en la vida cotidiana de los ancianos.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño: se utilizó el método cualitativo de la teoría fundamentada (27). Bajo este enfoque todas las etapas de la investigación se realizan iterativamente. Por tanto, desde las primeras entrevistas, los datos se van analizando y los resultados parciales van orientando el muestreo teórico hasta la saturación.

Recolección de datos: después de que el comité de ética de la Facultad de Letras y Ciencias Humanas de la Universidad de Sherbrooke aprobó el proyecto, la selección inicial de candidatos se realizó mediante la consulta de la base de datos del Programa de Investigación en Gerontología y Geriatría de la Universidad de Caldas. Los seleccionados fueron contactados por teléfono para explicarles el proyecto, solicitar su participación y obtener una cita. Los interesados fueron visitados en sus casas. Se incluyeron también ancianos institucionalizados y el proceso fue el mismo que para las personas que viven en el hogar. Se utilizó una entrevista no directiva, con preguntas abiertas. Dadas las características de la teoría fundamentada, el protocolo de entrevista fue evolucionando a medida que avanzaba el estudio, en función de los resultados de los análisis. Todas las entrevistas, con una duración promedio de una hora y media, fueron grabadas y transcritas para su análisis, el cual se realizó de manera anónima.

Análisis de datos y muestreo teórico: de manera concomitante al análisis, se utilizó un muestreo teórico por etapas (27). Se establecieron dos criterios de inclusión iniciales: tener 60 años o más y tener temor a caer. En la primera etapa de análisis —la etapa de codificación abierta— la muestra incluyó a 13 personas. El análisis detallado, línea por línea, contribuyó a generar categorías iniciales y a sugerir las relaciones entre ellas.

Codificación axial: se realizó un análisis en profundidad de cada categoría y se establecieron relaciones entre categorías. Se hizo énfasis en los elementos y eventos para identificar cambios significativos en el miedo de caer, por lo que se prestó especial atención a los ancianos que habían caído y a los institucionalizados, y se pasó a un muestreo discriminado, agregando a 16 ancianos. Al avanzar en la exploración de las categorías y en el establecimiento de hipótesis integradas, el muestreo se hizo más preciso, con miras a validar elementos específicos de la teoría en construcción, mediante la adición de criterios de inclusión más específicos.

Muestreo selectivo: se buscó integrar y complementar el análisis mediante la selección de individuos para maximizar las oportunidades de someter a prueba las hipótesis de integración y completar el análisis de categorías. En esta etapa se incluyeron más hombres y ancianos sin temor a caer. A través del proceso de codificación selectiva, la teoría se refinó, se integraron las categorías y se organizaron en torno a dos conceptos centrales: la angustia y el proceso del temor a caer. El logro de la saturación teórica permitió finalizar el proceso de muestreo y de recolección de información.

Participantes en el estudio: 37 ancianos, 8 hombres y 29 mujeres de entre 62 y 96 años que viven en la región cafetera colombiana, en los municipios de Manizales, Riosucio y Pereira. 28 participantes admitieron tener temor a caer y 19 personas habían caído el año anterior. 30 personas viven en casa y 7 en institución. La mayoría de las personas entrevistadas (33) eran completamente

independientes en las actividades de la vida diaria. La mayoría de los participantes (32) realizaban actividad física o hacían ejercicio con regularidad. Además, 23 participantes pertenecían a grupos cuya finalidad principal es la socialización.

## RESULTADOS

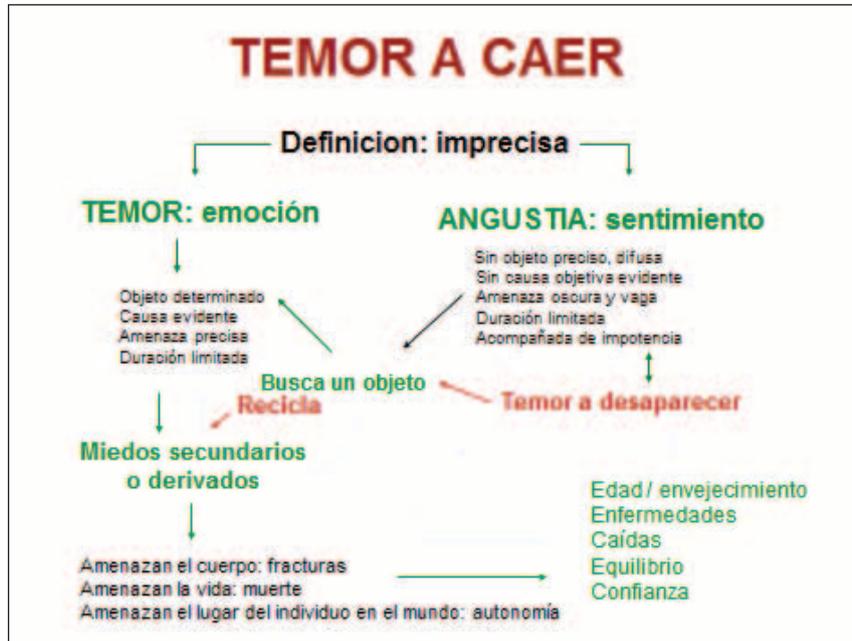
Basados en los objetivos del estudio, los resultados dan cuenta del sentido del temor a caer y del proceso del temor a caer en la vida cotidiana de los ancianos. Para cada uno de ellos se elaboró un modelo teórico fundamentado en los resultados, los cuales se presentan a continuación.

### Sentido del temor a caer en los ancianos

La figura 1 ilustra el modelo teórico desarrollado para explicar el sentido del temor a caer en los ancianos. A continuación se desarrolla cada uno de los aspectos.

**1. Definición del temor a caer:** en general, asociar palabras claras y precisas a la definición del temor a caer no es fácil: *“Es como... no sé cómo decir”, “No encuentro las palabras...”*. En las entrevistas, los participantes expresaron dudas, silencios y tartamudeos en respuesta a las preguntas sobre la definición del temor a caer: *“Me parece que... es...” “Mmm... mmm... el miedo...”*. Para definirlo, algunas personas tienden a usar palabras como si fueran sinónimas, tales como miedo, ansiedad, temor, o frases como *“Caer, ¡qué horror!”*, *“¡horrible!”*. En este estudio, el objeto del miedo es desconocido. Los participantes no pueden precisar de qué o a qué le tienen miedo, *“Cómo podría decirlo...”*. Por otra parte, no le temen a la caída como tal: *“... no, no es la caída lo que me da miedo”*. Si el peligro aún no está, si no hay un objeto al cual temer, es posible que se trate de otro sentimiento, puesto que el miedo está siempre circunscrito, siempre se puede nombrar y reconocer.

Figura 1. Sentido del temor a caer en los ancianos.



La mayoría de los teóricos coinciden en que el miedo tiene un propósito específico y determinado: “*la gente tiene miedo (temor) de...*” (algo o alguien) (28). El miedo supone un cierto conocimiento de su causa, se puede definir puesto que su objeto no es extraño; al contrario, es conocido, la persona sabe a qué le tiene miedo, puede nombrarlo y precisarlo con detalle (29). El miedo conoce su causa y se sitúa en el espacio (externo) y en el tiempo (ahora). Sin embargo, según los participantes, la duración del miedo no está limitada por la desaparición de las amenazas: “*El miedo a caer está en todas partes*”. El miedo a caer va más hacia lo desconocido, a lo que se supone que puede ocurrir, a lo que viene después: “*Hmmm... Si uno pudiera saber de antemano lo que viene, lo que va a pasar...*”.

Además, la mayoría de las emociones, como el temor, se acompañan de manifestaciones físicas o fisiológicas como aumento de la frecuencia cardíaca, apnea o disnea, sudoración, respuesta de sobresalto, temblores o pérdida del habla (30).

Ninguno de los participantes reportó haber tenido estas manifestaciones. Al contrario, insistieron en que no las han experimentado: “*Como te dije, no es una opresión, uno no respira diferente, uno no se siente diferente, ¡no!*”.

Por lo tanto, el temor implica una respuesta fisiológica que es más o menos durable y provoca un movimiento del mundo hacia el individuo (30,31), puesto que lo que produce temor está afuera (28,32). Por el contrario, de acuerdo con los resultados el objeto de este temor es interno, es el ser el que está en peligro: “*Uno se cae y todo se acaba*”, “*Caer es morir*”. Así, el miedo a caer, tal como lo expresan los participantes, no tiene un objeto externo, no existe fuera del individuo, no es una emoción que se experimenta ante un objeto conocido en un momento determinado.

Este miedo sin ningún propósito específico, que no se puede nombrar, incita a recurrir a otro concepto, el de angustia (29). La angustia refleja una preocupación similar al miedo, en la cual el

peligro es indeterminado, *“tengo miedo a caer; pero no es la caída la que me da miedo”*. Como el objeto de la angustia no está definido, solo se puede hablar de él de forma vaga, imprecisa, lo cual se corresponde con los resultados de este estudio.

Cabe señalar que el objeto del miedo (lo que se teme) se encuentra en el mundo de manera determinada. No ocurre lo mismo con la angustia, en la cual el objeto angustiante no está allá afuera, es totalmente desconocido: *“... es que uno no sabe...”*. Además, la palabra angustia fue utilizada por los ancianos para definir el temor a caer. *“Es como una angustia...”*, *“Para mí es una angustia”*. La tabla 1 ilustra la diferencia entre el temor y la angustia.

**2. Temor a caer y angustia:** la angustia sería una inquietud que, en algunos aspectos, es similar al temor, pero en la cual el peligro sigue siendo incierto e indeterminado, y eso es lo que se encontró en este estudio, pues los ancianos tuvieron dificultades para definir el temor a caer, tanto los que habían caído como los que no. *“El verdadero objeto de la angustia no está en el exterior [...], se encuentra internalizado”* (28). Como lo expresa Mauriac (33), la *“angustia no viene de afuera”*. Los resultados muestran que lo que atemoriza a los ancianos no es el evento externo, no es la caída, sino más bien un temor que va hacia la persona misma en tanto que individuo, es decir, el temor a quedar discapacitado, a desaparecer, a volverse dependiente.

**Tabla 1. Diferencias entre temor y angustia.**

TEMOR	ANGUSTIA
Emoción	Sentimiento
Objeto determinado	Objeto indeterminado
Externo	Fluctuaciones entre interno y externo
Causa evidente	Sin causa objetiva evidente
Amenaza precisa	Amenaza oscura y vaga
Duración limitada: se vive al instante	Duración ilimitada: se vive en el tiempo
Con relación al presente	Con relación al futuro
Implica la noción de sorpresa	Implica la noción de incertidumbre
Implica la noción de lo conocido	Implica la noción de lo desconocido

La persona que experimenta la angustia siente el efecto de lo temible y amenazante, sin ningún objeto peligroso o amenazante (34). Además, está totalmente indefensa ante la ausencia de un objeto con el que podría modificar la situación; por ejemplo, un animal del que tiene que escapar, o el medio ambiente opresivo, como la niebla o la oscuridad. En la angustia, es con relación a sí mismo que el individuo se siente angustiado: *“Tengo miedo de hacerme daño”* *“... ¡es morir!”*.

A la persona angustiada, con miedo a caer, le dicen, para asegurarle que esto no es nada: *“Ellos [la familia] me dicen: no es nada”*. Según Baas (34), ahí radica precisamente la angustia, en que no es nada. La angustia nos revela a nosotros mismos que somos nada, revela nuestra *“nulidad”* (34). Los participantes lo expresan así: *“No quiero volverme una nulidad”*, *“Ya no seré yo mismo... no ser más”*.

Otro aspecto importante es que los resultados de este estudio revelan un sentimiento de posibles daños en el futuro, un estado de inquietud que no siente frente a un peligro actual, sino ante un peligro que solo se ve como posible. “[...] *Que algo va a pasar...*”. La angustia, aunque se siente en el presente, se proyecta a un evento futuro que se prevé como posible (28). Para Eck (35), “la amenaza que provoca la angustia se encuentra en el futuro”.

Además, “Fatalidad, incertidumbre e impotencia son también, de diversas maneras, componentes de la angustia” (35). La fatalidad es evidente en los discursos de los participantes: “*una caída es fatal*”. También la incertidumbre: “... *si pudiéramos saber de antemano...*”. Los participantes también hablaron de impotencia: “*Es... como un sensación de impotencia...*”. Para Bauman (36) la sensación de impotencia, la repercusión más temible del miedo, reside en el espacio que se extiende entre las amenazas de las que emanan esos miedos y nuestras respuestas.

En síntesis, la ansiedad es difusa, sin objeto específico, sin causa objetiva evidente, en la cual la amenaza es oscura, vaga y no inmediata. Además, se acompaña de sentimientos de impotencia en el presente y de incertidumbre hacia el futuro. Si volvemos al temor a caer tal como lo expresan los participantes, se puede concluir que el temor a caer es un sentimiento que está cerca de una inquietud más existencial. Es el temor a desaparecer, el temor a desintegrarse: “*No es cuestión de caer sino de desbaratarse, de deshacerse*”, “*Una caída es el principio del fin*”.

Es la totalidad del ser la que se encuentra amenazada. Como lo ha señalado Ricoeur (37) “[...] al nivel más bajo, al nivel vital, la angustia concierne a la vida y la muerte”. Ella detecta la proximidad de la muerte que se presenta como una relación que flota entre el exterior y el interior. “La amenaza viene de afuera, pero la impotencia es interna. Hay una dialéctica de la impotencia

endógena y la amenaza exógena” (37). La voluntad de vivir no se piensa, incluso no se constituye en una realidad sino bajo la amenaza de muerte, es decir, en y por la angustia: “*Caer es morir y ¡no quiero morir!*”. Se necesita una situación catastrófica (una caída), para que de pronto, bajo la amenaza de la indeterminación absoluta, es decir, la muerte, la vida se constituya como el todo que se ve amenazado. Así, es la primera vez que uno se ve como una totalidad, además como totalidad amenazada: “*Una caída es fatal...*”, “*Una caída... y luego... ¡la muerte!*”.

Según Baas (34), la persona se da cuenta de que el único horizonte seguro es la muerte, la muerte como posibilidad de su propia imposibilidad: “*Es que... sí... lo único que queda es ¡morir!*”, “*Uno se cae y jamás vuelve a levantarse*”. La perspectiva de la muerte rompe las representaciones posibles del pasado y del futuro (29). La persona tiene ante sí un futuro que ya no existe o un futuro que es más aterrador que la propia caída. En la angustia de la muerte, el presente, privado del futuro, se vuelve intolerable, atroz: “*¡Qué horror!*”. Así, ese presente se vive de manera diferente, en el recuerdo de los que se han ido: “*murió a consecuencia de una caída*”, y no en el proyecto de un futuro posible. En otras palabras, el futuro es la posibilidad de “no-ser”, una muerte simbólica, puesto que la caída puede significar la dependencia o la pérdida de la autonomía. Si el futuro que se vislumbra se limita a la desaparición del individuo, entonces este futuro no tiene sentido y empieza a dejar de existir. Esta incertidumbre o ausencia de futuro es demasiado fuerte para el individuo, no puede soportarla porque amenaza el yo, trae la pérdida de la identidad y la desaparición. En palabras de Heidegger (38), es la angustia de la nada.

Así, la angustia afecta la forma de ser, puesto que socava la relación con el tiempo. Cuando el futuro se vuelve impensable, “*¡No podemos siquiera imaginarlo!*”, es necesario a toda costa que el individuo encuentre una representación de un futuro posible y que enfrente su angustia (29).

**3. El temor a caer como temor secundario:** según Bauman (36) es imposible mantener el equilibrio interno afrontando una angustia indefinida e indefinible, es necesario transformarla y fragmentarla en temores específicos de algo o de alguien. Los participantes de este estudio temen volverse dependientes físicamente, o convertirse en una carga para sus familias y temen perder su autonomía<sup>1</sup>. Así el miedo a desaparecer, el miedo a desintegrarse y el miedo a la muerte, se transforman en temores secundarios o derivados. Se transforma la angustia en miedo de algo o alguien. Una vez transformada en temor, asume un carácter objetivo, inmediato y tangible que impulsa a tomar medidas defensivas o de protección (36), reduciendo la incertidumbre y la angustia: “*Tomo precauciones*”, “*Me preparo para bañarme... me preparo para todo*”. Así, la ansiedad se transforma en miedo y se convierte en un temor secundario, un miedo reciclado social y culturalmente o un temor derivado que organiza la conducta del individuo después de haber reformado su percepción del mundo y las expectativas que guían su comportamiento, en presencia o en ausencia de una amenaza (36), “*Tengo miedo de caer, pero no es la caída la que me asusta*”. Como dice Delpierre (32: 15), “*Detrás del miedo hay una angustia que acecha*”.

Como se había mencionado, los ancianos temen menos la caída que sus consecuencias: es el temor de sufrir lesiones corporales (fracturas o lesiones), el temor de la discapacidad y la dependencia, y el temor de la pérdida de autonomía. Estos temores son comparables a los peligros y, por lo tanto, a los temores derivados, definidos por Bauman (36) en tres clases. En primer lugar, los que amenazan el cuerpo: “*... temo hacerme daño*”, “*... de fracturarme*”; en segundo lugar, los que amenazan la seguridad o la supervivencia, es decir, el temor a la discapacidad o la invalidez, “*no tengo miedo a caer, sino de quedar incapacitado e incapaz*

de cuidarme a mí misma”; por último, los que amenazan el lugar de la persona en el mundo o el temor a perder la autonomía: “*No quiero volverme una nulidad*”.

**4. Aspectos relacionados con el temor a caer:** se identificaron cinco aspectos relacionados con el temor a caer.

- a. Edad y envejecimiento: para los participantes el temor a caer forma parte del proceso de envejecimiento. “*¡Sí! El miedo viene con la edad!*”; “*A medida que vamos envejeciendo nos vamos volviendo miedosos*”.
- b. Caídas: no es sorprendente que para las personas que han caído, el miedo a caer sea resultado directo de las caídas. “*Claro, le tengo miedo a caer porque ya me he caído*”. El miedo a caer también está influenciado por los comentarios y vivencias de otros sobre las circunstancias de su caída y las complicaciones asociadas, especialmente entre los que no han caído. “*Uno tiene espejos*”, “*Yo viví el caso de mi madre*”, “*Me tocó ver una vecina que se cayó, se fracturo y quedó reducida a la cama*”.
- c. Pérdida del equilibrio: de manera específica, las alteraciones o la falta de equilibrio afectan el temor a caer: “*Tengo miedo porque no tengo equilibrio*”.
- d. Pérdida de confianza: este factor adopta diversas formas. La pérdida de confianza es considerada una causa del temor a caer: “*Uno tiene miedo a caer porque no tiene confianza*”. También es considerada una consecuencia: “*La pérdida de confianza viene con las caídas*”. Un tercer grupo de participantes no le asigna ningún papel a la pérdida de confianza en el miedo a caer. Para un cuarto grupo, la pérdida de confianza se atribuye a la edad: “*A mi edad...*”. Además, parece existir cierta confusión entre el concepto de confianza y el de impotencia: “*Es una sensación de no poder*”. Cuando se profundiza la noción de

<sup>1</sup> La autonomía es la capacidad de decidir, de poner en marcha sus decisiones y de satisfacer sus necesidades particulares sin depender de otros. La autonomía da cuenta, también, de las habilidades de una persona para determinar sus preferencias, hacer sus elecciones y actuar en consecuencia (39).

confianza, el concepto se torna vago y ambiguo para los participantes y la pérdida de confianza no significa necesariamente temor a caer.

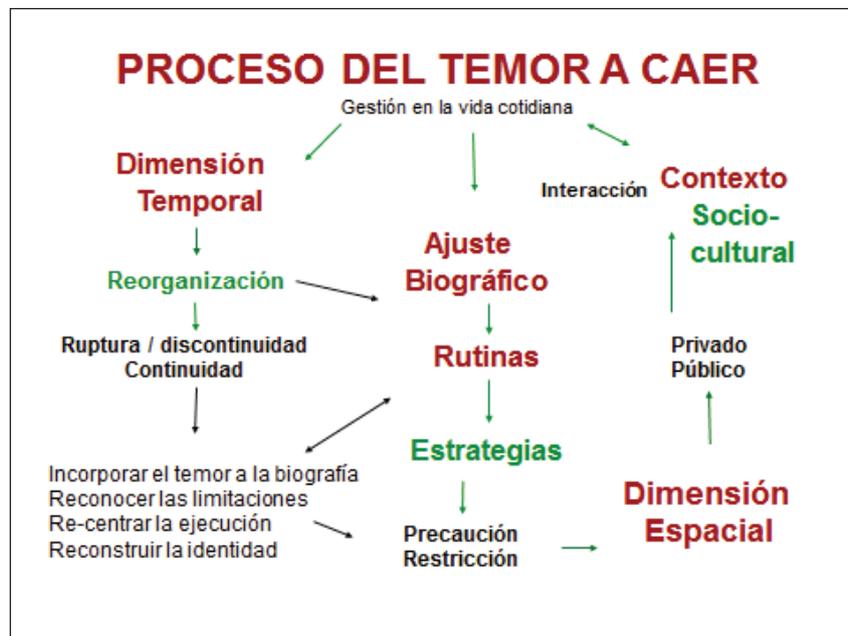
- e. Presencia de enfermedades: un pequeño número ancianos cree que la enfermedad es responsable del temor a caer: “*Tienen miedo de caer porque están enfermos*”. Sin embargo, según los resultados, el temor a caer no es una

enfermedad, sino una condición que se ve como normal a medida que se envejece.

### El temor a caer en la vida cotidiana de los ancianos

La figura 2 ilustra el modelo teórico desarrollado para explicar el proceso del temor a caer en la vida cotidiana de los ancianos. Posteriormente, se desarrolla cada uno de los aspectos.

Figura 2. El temor a caer en la vida cotidiana de los ancianos.



**1. Dimensión temporal:** los resultados indican que el temor a caer “*cambia la vida*”. Este proceso de cambio implica una dimensión temporal en la cual el pasado, el presente y el futuro se ven bajo una nueva luz después de un cambio profundo en la vida cotidiana del anciano. En primer lugar, hay un antes, un período en el que los ancianos no piensan en las caídas, y hay un ahora, en el cual el temor a caer existe: “*¿Antes? No, nunca. Ahora es que tengo miedo a caer*”. Este temor a caer produce cambios profundos en la manera como

los ancianos manejan su vida cotidiana: “*¡Cambié mi vida!*”.

Por último, existe incertidumbre sobre el futuro que impulsa al control del presente y a la elección de una nueva forma de vida, a través de una reorganización de la vida cotidiana: “*Ahora me cuido*”, “*Yo pienso en el futuro y me digo: no puedo caerme*”. Así, el presente debe estructurar y guiar el futuro y modificar la relación con el mundo y consigo mismo. Es simplemente en su

calidad de angustia que el temor a caer se integra a la vida cotidiana de los ancianos y, en general, se acompaña o hace emerger los cambios: *“Uno hace las cosas de otro modo, diferente”*; pero estos cambios se dan de manera gradual, tanto que pueden pasar desapercibidos: *“Yo no me había dado cuenta, solo ahora que Ud. me pregunta”*.

El miedo a caer tiene otro elemento temporal, la duración. Según los participantes, el miedo dura lo que dure la vida de la persona: *“Cuando el miedo llega es para quedarse”*, *“Nunca desaparece”*. En este sentido, el miedo a caer no es un paréntesis o una situación temporal, tanto en la vida de la persona que lo sufre como en la de su familia. Además, según los resultados, el miedo a caer tiene un comienzo insidioso: *“No es algo que aparezca de la noche a la mañana”*. Su aparición es abrupta solo después de una caída: *“Me volví miedosa después de una caída”*; pero en cualquiera de las dos situaciones, su presencia modifica la vida de los ancianos.

Dado que los participantes atribuyen el miedo a caer al proceso normal de envejecimiento, *“¡Más edad, más miedo!”*, es difícil distinguir entre los cambios que surgen del miedo a la caída y los atribuidos al envejecimiento. A medida que envejecen, la mayoría de los participantes modifican su vida diaria, incluyendo los ancianos que no tienen temor a caer y los que no han caído. Esto significa que, a pesar de la diferenciación entre el antes (sin miedo a caer) y el ahora (con miedo a caer), cuando se habla de cambios en la vida cotidiana, los participantes no son capaces de determinar qué cambios se atribuyen al miedo de caer y cuáles al proceso de envejecimiento: *“Hmmm... no sé, tal vez también porque uno envejece...”*. Es necesario precisar que para los que han caído, los cambios son claros y precisos, y como se dijo, en general son abruptos: *“¡Sí! Fue después de la caída”*. Para los otros, los cambios no pueden atribuirse únicamente al miedo a caer, porque hay otros factores que pueden ser la causa de los cambios en su vida cotidiana, como la

presencia de enfermedades crónicas y el proceso normal de envejecimiento. En general, estos cambios son dinámicos y se incorporan a medida que pasa el tiempo de vida de los ancianos. *“En todo caso, no de la noche a la mañana, eso es poco a poco”*.

Como el manejo del miedo a caer es un proceso que no se fija en el tiempo, fluctúa debido a que en la angustia siempre hay incertidumbre, este proceso de cambio es a largo plazo y exige una reorganización de la vida cotidiana que se refleja en continuidades, discontinuidades y rupturas. Por la continuidad ciertas conductas siguen siendo las mismas; por la discontinuidad, hay comportamientos que a veces cambian y a veces no; y por la ruptura, los ancianos evitan situaciones o comportamientos y disminuyen o restringen sus actividades.

Estas formas de gestión o manejo de la vida cotidiana son complejas y combinan varias formas de hacer las cosas en diferentes momentos, lo que permite mantener la independencia y la autonomía de los ancianos. En ese sentido, una persona puede incorporar los cambios a su vida y convertirlos en rutinas. Algunos participantes hablan de rituales personales y de hábitos en el manejo del miedo. En gran medida son gestos precisos y específicos; por ejemplo, organizar las cosas antes de tomar un baño, tomarse su tiempo, no cambiar la posición de los objetos en la casa, entre otros. Los participantes actúan de manera rutinaria ante los eventos. Repiten sin cesar los mismos gestos, sin grandes modificaciones, siempre de la misma manera. Para otras personas o en otras situaciones, estos procesos pueden ser temporales cuando son producidos por determinadas circunstancias o condiciones específicas; por ejemplo, *“Cuando estoy donde mi hija, no subo las escaleras, pero donde mi hijo no tengo miedo de subirlas”*. También es posible que algunos procesos sean parciales, porque la tarea o la actividad se modifica en parte, pero no totalmente: *“Depende, puedo bañarme sin miedo, sin embargo, me da miedo de salir de la ducha...”*.

En general, entre los participantes el miedo a caer puede ser dominado por lo que Morin (40) señala como la familiarización por simple rutinización. Giddens (41) afirma que todos los individuos elaboran un marco de seguridad ontológica que se basa en rutinas de diversas formas. Los gestos cotidianos contribuyen a satisfacer la necesidad de seguridad ontológica. Las personas manejan los miedos utilizando fórmulas o rutinas que se convierten en parte de su comportamiento y de su pensamiento cotidianos.

**2. Ajuste biográfico:** según los resultados, tener miedo a caer o vivir con temor a caer no es simplemente dar una respuesta ante un evento amenazante. Como ya se dijo, el temor a caer tiene tres características. En primer lugar, es un proceso que se vive en el tiempo, lo que implica una cierta continuidad; en segundo lugar, el miedo de caer es un proceso de larga duración; y finalmente, conduce a un proceso de cambio. Estas tres características le dan al temor a caer un carácter eminentemente biográfico: para enfrentar este temor, los ancianos deben hacer ajustes. El ajuste biográfico es el proceso mediante el cual los pacientes y sus familias toman medidas para mantener o recuperar un cierto grado de control sobre sus vidas que se han tornado discontinuas a causa de la enfermedad (42). Por tanto, de acuerdo con los resultados y parafraseando a Corbin y Strauss, se puede decir que la gestión del miedo a caer en la vida cotidiana de los ancianos suscita ajustes biográficos. Estos ajustes les permiten integrar en sus vidas tanto el temor a caer como los cambios que trae consigo, y les da la posibilidad de dar forma y sentido a su biografía en respuesta a este temor, a la angustia y a todas las contingencias que le están asociadas.

Analíticamente, el ajuste biográfico en el miedo a caer se puede dividir en cuatro grandes procesos que ocurren simultáneamente y se alimentan entre sí (42): incorporar el miedo a caer a la biografía, reconocer las propias limitaciones, reorientar sus actividades y reconstruir su identidad. Los cuatro procesos tienen lugar a través de una

validación continua de cada actuación exitosa. Según Corbin y Strauss (42), una biografía consta de tres componentes: la concepción de sí mismo, el tiempo biográfico y el cuerpo. La concepción de sí mismo se refiere a la identidad individual, a una clasificación individual de lo que soy en este momento de mi vida. Se forma de la integración de una gran variedad de aspectos del yo (43)<sup>2</sup>. Para cada aspecto de sí mismo, el anciano debe realizar diferentes tareas relacionadas con el manejo de su biografía. El conjunto de estas tareas se ajusta en el tiempo biográfico<sup>3</sup>, puesto que las tareas o actividades hacen parte del pasado, del presente y del futuro de la persona: *“Ahora tengo que hacerlo diferente, no puedo hacerlo como antes”*.

Como se dijo, la angustia implica la sensación de desintegrarse, de deshacerse. El grado de afección de la identidad depende del número y de la importancia de los aspectos del yo que el individuo teme perder (la independencia o autonomía), de la posibilidad de recuperarlos, de la capacidad de descubrir nuevos modos de acción, *“yo camino más lentamente”*, de la capacidad de trascender el cuerpo, *“me preparo para bañarme, no me preparo para caerme”*, y de la capacidad para superar las pérdidas y construir una nueva concepción de sí mismo y de sus propias limitaciones: *“Uno no es el mismo”*. La identidad tiene por objeto construir una continuidad del sujeto. El relato que construye el individuo mismo consiste, así, en una serie de adaptaciones continuas de sus experiencias del pasado en función de su presente y de su futuro.

**3. Rutinas:** el temor a caer se maneja en la vida cotidiana mediante un proceso de rutinización, esto

<sup>2</sup> Para Mead (43), es en el marco de las interacciones sociales donde emerge el individuo y toma consciencia de sí mismo. La identidad (el yo) corresponde al conjunto de imágenes que los otros nos envían de nosotros mismos y que interiorizamos. El yo constituye un proceso de definición personal en la reciprocidad de la interacción.

<sup>3</sup> El tiempo biográfico incluye experiencias derivadas a lo largo de la vida y todos los recuerdos asociados y las emociones que uno lleva dentro de sí mismo. Hay un sentido de continuidad biográfica de la vida, del pasado, del presente y del futuro; además, los acontecimientos recientes están anclados en un contexto que incluye el pasado y el futuro (44).

es, repetir sin cesar los mismos gestos, siempre de la misma manera. Generalmente son acciones, gestos, tareas, rituales o actividades precisas y determinadas, que se hacen siempre de la misma (o casi la misma) manera, siguiendo los mismos pasos, sin grandes cambios. La vida cotidiana de los ancianos está compuesta de prácticas repetitivas, por ejemplo, organizar las cosas antes de bañarse, escoger los zapatos, tomarse su tiempo, no cambiar el lugar de los objetos en la casa. Estas rutinas se fundamentan en el pasado, ofrecen seguridades y posibilidades de acción en el presente y se dirigen a planificaciones y orientaciones en el futuro, y por ello actúan sobre la incertidumbre de la angustia y permiten eliminar la inseguridad ontológica (41). Al reducir la incertidumbre, también permiten la continuidad, evitan las rupturas, posibilitan el mantenimiento de la biografía y de la identidad y ayudan a organizar el tiempo, el espacio y las relaciones interpersonales, de manera que no haya caos; así, simplifican la complejidad del mundo, lo hacen familiar. En palabras de Morin (40), “permiten domesticar los miedos”.

**4. Estrategias:** los resultados también muestran que en la gestión del miedo a caer los participantes utilizan dos estrategias: una de cuidado que lleva a la prudencia y otra para evitar actividades que puedan entrañar peligros (reales o potenciales). Cuando se tiene miedo a caer y se es anciano, el individuo comienza a tener más cuidado con su propio cuerpo, con sus actividades, comportamientos y con los lugares que frecuenta. En otras palabras, el anciano que tiene miedo a caer se preocupa de sí mismo y de su entorno, puesto que transfiere su incertidumbre y su sensación de impotencia a sus actuaciones, hace sus rutinas y se toma su tiempo para elegir las actividades, los lugares y los horarios para ellas. Aún si las rutinas le toman más tiempo y son más difíciles de llevar a cabo, porque son las que contribuyen a preservar la autonomía y el sentido de control sobre su vida. Una vez que se dominan las habilidades en situaciones recurrentes, las personas actúan sin prestar mucha atención a la propia actividad.

**5. Dimensión espacial:** los participantes controlan su medio ambiente privado, lo modelan y lo influyen. Sin embargo, perciben el ámbito público<sup>4</sup> como peligroso, inseguro e incontrolable. En consecuencia, la mayoría evita los lugares públicos: salen poco, y cuando lo hacen, es casi siempre acompañados de alguien: “*Porque la calle me da miedo*”. Según los resultados de este estudio, son las mujeres quienes muestran mayor temor a salir de la casa, de caer o de ser atropelladas en la calle.

Estos resultados llevan a afirmar que hay un “adentro” habitual (privado) que no asusta y un “afuera” desconocido y hostil (público). “*No, en mi casa no tengo miedo, para nada*”. De hecho, el espacio privado y el espacio público contribuyen a la construcción del miedo a caer y a la representación que el anciano tiene de sí mismo y de los lugares que frecuenta. Cuando la persona interactúa en un entorno que tiene una apariencia “agresiva” y que está en constante transformación (45), este ambiente impregna su temor tanto en su construcción como en sus manifestaciones, especialmente cuando se trata del espacio público o de la calle.

El miedo de caer lleva a los ancianos a quedarse en casa y a modificar su participación fuera del hogar. De hecho, la mayoría solo sale con otras personas: “*Nunca salgo sola*”. En síntesis, se puede decir que el ámbito individual y privado (el hogar, la casa) tiene una connotación de seguridad y control, mientras que el espacio público significa la inseguridad y lo incontrolable.

**6. Contexto sociocultural:** los resultados también muestran que los cambios en la vida cotidiana de las personas de edad avanzada con miedo a caer

<sup>4</sup> Contrariamente al espacio privado, el espacio público representa en las sociedades humanas, en particular urbanas, el conjunto de espacios de paso y de encuentro, de uso de todos, que no pertenece a nadie. Un lugar anónimo, colectivo, común y compartido. El espacio privado representa también un espacio físico, pero puede ser modificado de manera personal. Representa lo que le pertenece al individuo y de lo que la persona se puede apropiarse (45).

no son solo individuales, también se construyen socialmente. Los cambios biográficos implican al mismo tiempo cambios en las relaciones sociales (47). Es a través de interacciones<sup>5</sup> prolongadas como tienen lugar en diferentes esferas de la vida social y cotidiana, que todos los actores que están involucrados en estas interacciones darán forma a la realidad del miedo de caer. Por tanto, la gestión del miedo a caer se sitúa siempre en un contexto sociocultural.

El miedo a caer es una experiencia que se construye en la interacción entre los ancianos, sus familias y su grupo social. Por tanto, no es un sentimiento particular de los ancianos, ya que lo comparten con otros miembros de la sociedad. Tanto las familias como los ancianos consideran que una caída es sinónimo de fracturas, discapacidad y dependencia, es decir, los temores secundarios de los que ya se había hablado.

Queda demostrado que tener miedo a caer es una condición a largo plazo que lleva a los ancianos a hacer ajustes o cambios en su vida cotidiana. Debido a que estos ancianos pertenecen a la sociedad y viven con otros miembros de la familia, los cambios no solo los afectan a ellos, sino que también impactan a la colectividad (49). De hecho, estos cambios deben ser armonizados a través de interacciones con los demás, lo que implica continuidades, discontinuidades y rupturas. Los hábitos y las rutinas cotidianas se construyen, se desarrollan, se incorporan, se transforman y todo ello en interacción con otros. Además, las estrategias de prevención se construyen en y con la familia.

El miedo a caer no es necesariamente un factor de aislamiento social o de restricción de la participación, porque incluso si una persona se abstiene de salir sola de su casa, sus estrategias para la gestión de este temor son seleccionadas y

aplicadas en constante interacción con su familia. Por tanto, se trata de un proceso de adaptación mutuo, porque la manera de reorganizar la vida se hace en función de las relaciones que se establecen entre los ancianos y sus familias, y esas relaciones se inscriben en una lógica de precaución y protección.

## DISCUSIÓN

Se presentaron dos nuevos modelos teóricos fundamentados en los datos, que dan cuenta del sentido del temor a caer y del proceso de gestión de ese temor en la vida cotidiana en los ancianos. Estos modelos difieren de los propuestos en estudios anteriores, incluyendo los modelos derivados de los estudios cualitativos que son descriptivos y no ofrecen una definición precisa del miedo a caer. Las diferencias con los resultados de este estudio son indiscutibles. Llegamos a interpretar el significado del miedo de caer para identificar el proceso subyacente. A la luz de estas consideraciones, y en nuestro conocimiento, los modelos desarrollados como resultado de este estudio son particularmente innovadores y útiles para comprender el temor a caer en los ancianos.

A diferencia de este estudio, la investigación de Ward-Griffin et al. (24) habla de la tensión dinámica entre dos fuerzas opuestas: ser cautelosos y seguir luchando por la independencia. Es un estudio fenomenológico que explora la percepción de nueve mujeres acerca de su seguridad, su miedo a caer, el nivel de independencia y la calidad de vida. Para ellos, en cada una de las dos fuerzas (miedo vs. confianza) se aplican estrategias específicas. A diferencia de ellos, es este estudio más que una descripción se han desarrollado dos modelos teóricos. Además, se encontró la confianza como un aspecto secundario, vinculado con el miedo a caer y no como un concepto central, y se identificaron dos estrategias generales a diferencia de Ward-Griffin et al. (24), quienes describen cinco estrategias específicas para cada fuerza y no se detienen en el proceso del temor a caer.

<sup>5</sup> La interacción es la acción recíproca entre individuos que adaptan su comportamiento en función de unos con otros en una situación dada (48).

El segundo modelo existente producto de un estudio cualitativo, llamado proceso dinámico de gestión de miedo a caer (24), explora el marco teórico que inspira el temor a caer entre los ancianos que viven en la comunidad en Taiwán. Huang (25) informa cuatro estrategias para la gestión de miedo a caer entre los ancianos. Dependiendo de las circunstancias, estas estrategias llevan a los ancianos a vivir con el temor a caer o a sufrir con él. Para este investigador, las consecuencias derivadas del uso de estas estrategias están influenciadas por el nivel de satisfacción con ellas y el apoyo prestado por la familia. Las diferencias con los resultados de este estudio son indiscutibles. Por ejemplo, Huang (25) concluye que para los participantes el miedo a caer es parte del envejecimiento normal.

En este estudio se encontró un resultado similar, aunque para Huang (25) es una concepción errónea que causa problemas sociales debido al hecho de que los ancianos limitan sus actividades en función de este miedo, mientras que en este estudio el temor a caer ha sido conceptualizado como una angustia que implica un proceso de cambios y ajuste en la biografía de los ancianos y sus familias.

Además, se encontró que no es la caída lo que temen los participantes. Estos resultados son comparables a otros estudios (23,24,26,50) que encontraron que las consecuencias más temidas por los ancianos son volverse dependientes, sufrir lesiones o daños corporales y la institucionalización. Para Yardley y Smith (51), el temor más común entre las personas mayores es el miedo a sufrir lesiones. Los temores específicos varían poco y a menudo incluyen el miedo a caer de nuevo, miedo a ser heridos o a quedar inmovilizados, miedo a ser incapaces de levantarse después de caer, miedo de perder su independencia y a tener que dejar su hogar (23,50,52). Estos resultados no son sorprendentes si se considera que en la literatura científica, así como en la sociedad, el discurso sobre el miedo a caer considera que las caídas y los riesgos de caída están muy estrechamente relacionados

con la pérdida de independencia y autonomía (24,52). De manera específica, Ward-Griffin et al. (23) identifican la independencia como un valor central en los ancianos. Ligada a esta noción de dependencia, en este estudio se identificó la percepción de volverse una carga para otros, un concepto que ha sido abordado solamente en un estudio realizado en Hong Kong (50).

Los resultados y los de otros estudios (53) también muestran que el miedo a caer no es completamente individual. Además, en una dinámica familiar la atención y el cuidado de los ancianos son asunto de todos, de suerte que no es sorprendente encontrar que el miedo a caer no es un sentimiento particular de los ancianos. Nuestros resultados indican que el miedo es compartido también por otros miembros de la sociedad. Liddle y Guilleard (54), estudiando las consecuencias emocionales de caídas en ancianos y sus familias, muestran que los cuidadores también tienen miedo de que los ancianos se caigan.

Según los resultados, el miedo a caer se refiere a la posibilidad de un acontecimiento futuro. En este sentido, se diferencia de la confianza en la capacidad para mantener el equilibrio o la confianza en la capacidad para evitar las caídas, que se refieren a percepciones relacionadas con las capacidades actuales del individuo. Por tanto, la definición de la pérdida de confianza en el equilibrio que utilizan los investigadores no explica el significado que los participantes dan a la palabra "confianza". Se encontró que entre los participantes el temor a caer no es temor, no se refiere a creencias ni a habilidades ni a capacidades, sino a un sentimiento más profundo y más ontológico: el temor a desaparecer, el temor a la muerte.

No hay que olvidar que casi todos los estudios sobre el miedo a caer se han hecho con un enfoque epidemiológico y una persona sana se describe como alguien que es activo e integrado en su grupo social (55). Por tanto, no es sorprendente que la restricción de la actividad relacionada con el temor

a caer haya sido considerada la consecuencia negativa más importante. Nuestros resultados confirman los hallazgos de otras investigaciones que han reportado diferencias de género en relación con la restricción de actividad a causa del temor a caer (56). De hecho, en este estudio no se encontraron hombres que limitaran sus actividades debido al temor o a caer, aunque sí adoptaron precauciones e hicieron cambios en sus vidas. Sin embargo, son las mujeres que tienen ciertas condiciones médicas, tales como alteraciones en la marcha y el equilibrio, quienes restringieron sus actividades. Este resultado sugiere que la restricción de actividades relacionada con el miedo de caer se asocia, en primera instancia, con condiciones biomédicas y psicológicas (11).

Los estudios cuantitativos han demostrado que la reducción de actividades debida al temor a caer conduce a un círculo vicioso: temor a caer, caída, aumento de la fragilidad, aislamiento social, disminución de la calidad de vida y mayor temor a caer (57). Sin embargo, en este estudio, aunque los ancianos tienen miedo de salir de sus casas, este temor no implica el aislamiento social, por lo que el círculo vicioso no siempre es evidente en los participantes.

Como se ha explicado, la mayoría de los participantes tienen miedo de salir de casa, pero esto no implica una reducción de sus contactos sociales ("*Siempre está el teléfono*"), lo cual se diferencia de los resultados de otro estudio cuantitativo (58), en el que se estableció que el miedo a caer puede comprometer la interacción social y predecir la limitación en la participación social. Para varios autores (57), el apoyo social puede servir como un amortiguador que ayuda a proteger de los efectos negativos del temor a caer y puede hacer toda la diferencia en la decisión de institucionalizar o no a un anciano. Además, en otros estudios no se encontró relación significativa entre el miedo a caer y el número o la presencia de convivientes (56).

## CONCLUSIÓN

Esta investigación permitió volver a conceptualizar el miedo a caer. El miedo a caer es un sentimiento que modifica profundamente la relación del anciano consigo mismo y con su entorno. Así, el temor a caer en los ancianos es más que una emoción, el temor a caer es una angustia y su manejo implica cambios: ajustes biográficos y reorganización de la vida cotidiana. Cambios que se construyen a través de interacciones que se desarrollan en diferentes esferas de la vida social.

Los dos modelos teóricos desarrollados tienen la originalidad de no haber sido considerados en estudios anteriores sobre el temor a caer, puesto que los únicos modelos existentes que tienen en cuenta el punto de vista de los ancianos son mucho más descriptivos y no reflejan ni la conceptualización del temor a caer ni su proceso.

Casi toda la investigación sobre el tema se enmarca en un paradigma epidemiológico. Por tanto, la elección de un enfoque socio-constructivista representó un reto importante. El temor a caer es una experiencia subjetiva de las personas que lo experimentan, mientras que para la mayoría de los investigadores podría ser una enfermedad, síntoma o un síndrome, es decir, algo objetivo. En consecuencia, los contextos o marcos de referencia en que se basan los investigadores y los ancianos para hablar de temor a caer son profundamente divergentes. Los dos enfoques son complementarios y no sería apropiado considerar uno solo y pretender de esta manera tener acceso a una comprensión holística del temor a caer.

Esta divergencia de puntos de vista (subjetivo-objetivo) se puede subrayar con la ayuda de otra conclusión: como se dijo, los investigadores han estudiado el temor a caer desde un punto de vista epidemiológico, con el fin de determinar qué intervenciones son las más adecuadas y más eficaces para controlar el temor a caer y los factores de riesgo. Sin embargo, para los participantes el temor a caer es parte del proceso normal de

envejecimiento, y además, los ancianos hablan más de angustia que de miedo. Sería interesante realizar estudios cualitativos para determinar la percepción de los ancianos acerca de las intervenciones.

Otra fortaleza de este estudio es que para comprender el temor a caer y su gestión en la vida cotidiana de los ancianos, se ha tenido una mirada interdisciplinaria tomando los conocimientos de otras disciplinas: el miedo, en general, se ha estudiado desde una perspectiva psicológica y sociológica; la ansiedad ha sido abordada desde el psicoanálisis y la filosofía; la identidad y los ajustes biográficos han sido objeto de estudio de la sociología general y la sociología de la salud; y como ya se dijo, el temor a caer ha sido estudiado desde una perspectiva epidemiológica. En nuestro conocimiento esta es la primera vez que se lleva a cabo un estudio interdisciplinario que tenga en cuenta todas estas perspectivas en el estudio del temor a caer. Por tanto, nuestros resultados pueden llevar a la reflexión sobre las prácticas interdisciplinarias, puesto que el temor a caer no es de la competencia de un grupo específico de profesionales e investigadores, sino que implica un enfoque interdisciplinario.

Otro punto original de este estudio radica en los conceptos de angustia y ajuste biográfico, que tienen el gran mérito de tratar directamente con la experiencia que viven los ancianos que tienen temor a caer. La fuerza de una reflexión en estos términos es que da a los investigadores un marco para entender la complejidad del fenómeno y dirigir sus investigaciones a otras áreas diferentes de la confianza, la auto-eficacia o los problemas de equilibrio y de marcha.

Un último aspecto original es el concepto de rutinización. De hecho, el establecimiento y control en las rutinas diarias permite a los ancianos mantener la continuidad de su biografía y la estabilidad de su identidad. Este proceso de rutinización es

importante porque, en nuestro conocimiento, no ha sido considerado en los estudios previos sobre el temor a caer. Sería interesante profundizar en el proceso de rutinización como estrategia para controlar el temor a caer. Además, en el campo de las intervenciones individuales, podría ser beneficioso acompañar el ajuste biográfico de los procesos de rutinización de tareas y actividades, tanto en espacios privados como públicos.

En cuanto a las intervenciones, también es importante tener en cuenta a la familia en los programas destinados a gestionar el miedo de caer. No hay que repetir que las estrategias utilizadas para manejar este temor se deben construir de manera negociada y compartida con los miembros de la familia.

Se ha dicho que el temor a caer es considerado como parte del envejecimiento normal. En este sentido, surge una pregunta: si los ancianos están convencidos de que el miedo a caer es normal y viene con la edad,   estar  an dispuestos a participar en programas que buscan eliminar este miedo? No hay que olvidar que el temor a caer puede ser considerado como una respuesta razonable ante un riesgo real, porque en estas circunstancias es una conducta que protege al anciano y lo lleva a evitar actividades con alto riesgo para caídas.

Se ha constatado que los ancianos perciben el medio ambiente público como peligroso, inseguro e incontrolable. Por lo tanto, otro factor relevante para ser profundizado es el temor a caer en el espacio público.

Aunque en las últimas décadas se han realizado numerosas investigaciones acerca del temor a caer que han aumentado y mejorado significativamente, para nuestro conocimiento sobre el tema aún queda un largo camino por recorrer.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Murphy J, Isaacs B. The post-fall syndrome. A study of 36 elderly patients. *Gerontology* 1982;28,265-70.
2. Buchner D, Hornbrook M, Kutner NG, Tinetti M, Ory M, Mulrow C, et al. Development of the common database for the FICSIT trials. *J Am Geriatr Soc* 1993;41(3),297-308.
3. Jorstad E, Hauer K, Becker C, Lamb S. Measuring of psychological outcomes of falling: A systematic review. *J Am Geriatr Soc* 2005;53(3),501-10.
4. Studensky S, Rigler S. Clinical overview of instability in older people. *Clin Geriatr Med* 1996;12(4),679-88.
5. Tinetti M, Richman D, Powel L. Falls efficacy as a measure of fear of falling. *J Gerontol* 1990;45B(6),P239-43.
6. Hadjistavropoulos T, Delbaere K, Fitzgerald TD. Reconceptualizing the Role of Fear of Falling and Balance Confidence in Fall Risk. *J Aging Health*, 2011;23(1),3-23.
7. Filiatrault J. Confiance en son équilibre et équilibre perçu chez les aînés: conceptualisation, mesure et impact d'un programme communautaire de prévention des chutes. Thèse présentée à la Faculté des études supérieures en vue de l'obtention du grade de Philosophiae Doctor (Ph.D.) en sante publique, option promotion de la sante. Montréal: Université de Montréal; 2008.
8. Friedman S, Munoz B, West S, Rubin G, Fried L. Falls and fear of falling: Which comes first? A longitudinal prediction model suggests strategies for primary and secondary prevention. *J Am Geriatr Soc* 2002;50(8),1329-35.
9. Scheffer AC, Schuurmans MJ, van Dijk N, van der Hooft T, de Rooij SE. Fear of falling: measurement strategy, prevalence, risk factors and consequences among older persons. *Age Ageing* 2008;37(1):19-24.
10. Gomez F, Curcio CL. The development of a fear of falling interdisciplinary intervention program. *ClinInterv Aging* 2007;2(4):661-7.
11. Curcio CL, Gómez F, Reyes-Ortiz C. Activity restriction related to fear of falling among older people in the Colombian Andes Mountains: Are functional or psychosocial risk factors more important? *J Aging Health* 2009;21(3),460-79.
12. Murphy S, Williams C, Gill T. Characteristics associated with fear of falling and activity restriction in community-living older persons *J Am Geriatr Soc* 2002;50(3),516-20.
13. Fletcher PC, Hirdes JP. Restriction in activity associated with fear of falling among community-based seniors using home care services. *Age Ageing* 2004;33(3),273-79.
14. Wilson MM, Miller DK, Andresen EM, MalmstromTK, Miller JP, Wolinsky FD. Fear of falling and related activity restriction among middle-aged African American. *J Gerontol* 2005;60A(3),355-60.
15. Curcio CL, Gómez JF. Factores predictores de temor a caer. *Rev Asoc Colomb Gerontol Geriatr* 2006;20(4):959-70.
16. Delbaere K, Crombez G, Vanderstraeten G, Willems T, Cambier D. Fear-related avoidance of activities, falls and physical frailty. A prospective community-based cohort study. *Age Ageing* 2004;33(4),368-73.
17. McAuley EM, MihalkoSL, Rosengren K. Self-efficacy and balance correlates of fear of falling in the elderly. *J Aging Phys Act* 1997;4/5,329-40.
18. Arfken CL, Lach H, Birge SJ, Miller JP. The prevalence and correlates of fear of falling in elderly persons living in the community. *Am J Public Health* 1994;84(4),565-70.
19. Suzuki M, Ohyama N, Yamada K, Kanamori M. The relationships between fear of falling, activities

- of daily living and quality of life among elderly individuals. *Nurs Health Scie* 2002;4(4),155-61.
20. Jamison M, Neuberger GB, Miller PA. Correlates of falls and fear of falling among adults with rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheumatism* 2003;49(5),673-80.
  21. Lord S, Castell S. Physical activity program for older persons: Effects on balance, strength, neuromuscular control, and reaction time. *Arch Phys Med Rehab* 1994;75(6),648-52.
  22. Lach H. Incidence and risk factors for developing fear of falling in older adults. *Public Health Nursing* 2005;22(1),45-52.
  23. Tischler L, Hobson S. Fear of falling: A qualitative study among community-dwelling older adults. *Physical and Occupational Therapy in Geriatrics* 2005;23(4),37-53.
  24. Ward-Griffin C, Hobson S, Melles P, Kloseck M, Vandervoort A, Crilly R. Falls and fear of falling among community-dwelling seniors: The dynamic tension between exercising precaution and striving for independence. *Canadian Journal on Aging* 2005;23(4),307-18.
  25. Huang T. Managing fear of falling: Taiwanese elders' perspective. *International Journal of Nursing Studies* 2005;42(7),743-50.
  26. Lee F, Mackenzie L, James C. Perception of older people living in community about their fear of falling. *Disability Rehabilitation* 2008;30(23),1803-11.
  27. Strauss A, Corbin J. Les fondements de la recherche qualitative. Techniques et procédures de développement de la théorie enracinée. Fribourg: AcademicPress Fribourg; 2004.
  28. Diel P. La peur et l'angoisse. Paris: Payot; 1968.
  29. Sauzet J. L'angoisse face à la mort. *  tudes* 2001;3(394),359-70.
  30. Mannoni P. La peur. Paris: Presses universitaires de France; 1982.
  31. Natanson J. La peur et l'angoisse, Imaginaire et Inconscient 2008;2(22),161-73.
  32. Delpierre G. La peur et l'être. Toulouse: Privat; 1974.
  33. Mauriac F. La victoire sur l'angoisse. In : Dans J. Ahrweiller, editors.   crits sur l'angoisse. Paris: Seghers; 1963. pp. 173-79.
  34. Baas B. L'angoisse et la dette. *Savoirs et clinique* 2003;2(3),27-34.
  35. Eck M. L'homme et l'angoisse. Paris: Librairie Arth  me Fayard; 1964.
  36. Bauman Z. Miedol  quido. Barcelona: Paid  s; 2007.
  37. Ricœur P. Vraie et fausse angoisse. In: Dans, Schuman R, Calogero G, Eliade M, Mauriac F, Ricœur P, De Saussure R et al., editors. L'angoisse du temps présent et les devoirs de l'esprit. Textes de conférences et des entretiens Neufch  te:   ditions de la Baconnière; 1953. pp. 37-61.
  38. Heidegger M.   tre et Temps. Paris: Gallimard; 1964.
  39. Rocque S, Langevin J, Drouin C, Faille J. De l'autonomie à la réduction des dépendances. Montréal:   ditions Nouvelles; 1999.
  40. Morin E. Les anti-peurs. *Communications* 1993;57(1),131-39.
  41. Giddens A. Modernity and Self-identity. *Self and Society in the Late Modern Age*. Stanford: Stanford University Press; 1991.
  42. Corbin J, Strauss A. *Unending Work and Care: Managing Chronic Illness at Home*. San Francisco: Jossey-Bass; 1988.
  43. Mead GH. L'esprit, le soi et la société. Paris: Presses universitaires de France; 2006.
  44. Corbin JM. The body in health and illness. *Qualitative Health Research* 2003;13(2), 256-67.
  45. Boudon R, Mingasson L. Entre valeurs de l'espace priv   et valeurs communes. *Informations sociales* 2006;8(136):26-34.
  46. Gómez LF, Parra DC, Buchner D, Brownson RC, Sarmiento OL, Pinz  n JD, et al. Built environment attributes and walking patterns among the elderly population in Bogotá. *Am J Prev*

- Med 2010;38(6),592-9.
47. Bury M. Chronic illness as biographical disruption. *Sociology of Health & Illness* 1982;4(2),167-82.
  48. Dictionnaire de sociologie. Paris : Encyclopédie Universalis/Albin Michel; 2007.
  49. Strauss A. Identity, biography, history, and symbolic representations. *Social Psychology Quarterly* 1995;58(1),4-12.
  50. Kong K. Psychosocial consequences of falling: The perspective of the older Hong Kong Chinese who had experienced recent falls. *Journal Advanced Nurs* 2002;37(3),234-42.
  51. Yardley L, Smith H. A prospective study of the relationship between feared consequences of falling and avoidance of activity in community-living older people. *Gerontologist* 2002;42(1),17-23.
  52. Ballinger C, Payne S. The construction of the risk of falling among and by older people. *Ageing and Society* 2002;22(3),305-24.
  53. Kilian C, Salmoni A, Ward-Griffin C, Kloseck M. (). Perceiving falls within a family context: A focused ethnographic approach. *Canadian Journal Aging* 2008;27(4),331-45.
  54. Liddle J, Gilleard C. The emotional consequences of falls for older people and their families. *Clin Rehab* 1995; 9(2),110-4.
  55. World Health Organization. WHO global reports on falls prevention in old age. Geneva; 2007.
  56. Zijlstra G, van Haastregt J, van Eijk J, van Rossum E, Stalenoef P, Kempen G. Prevalence and correlates of fear of falling, and associated avoidance of activity in the general population of community-living older people. *Age Ageing* 2007;36(3),304-9.
  57. Howland J, Lachman M, Peterson E, Cote J, Kasten L, Jette A. Covariates of fear of falling and associated activity curtailment. *Gerontologist* 1998; 38(5),549-55.
  58. Howland J, Walker E, Levin W, Fried L, Pordon D, Bak S. Fear of falling among the community-dwelling elderly. *J Aging Health* 1993;5(2),229-43.