



UGR Universidad
del Gran Rosario

TESINA

presentada para acceder al título de grado de la carrera de
LICENCIATURA EN KINESIOLOGÍA Y FISIATRÍA

Título:

“Impacto del aislamiento social obligatorio por covid-19 sobre la funcionalidad y el
miedo a caer en adultos mayores de San Jerónimo Sud, Argentina”

Autores:

Storni, Micaela. Número de libreta 5108

Storni, Brian. Número de libreta 1181

Director/a:

Lic. Anghilante Virginia

Fecha de presentación:

02/02/2021

Lugar:

Rosario

Firmas de autores:

Brian Storni

Micaela Storni

RESUMEN:

Introducción: El mundo está atravesando una pandemia causada por un virus SARS-COV-2 (COVID-19). La tasa de mortalidad de este virus en adultos mayores es exponencialmente más alta que en los demás grupos etarios. Se debe conocer el impacto que el aislamiento social declarado por la presencia de este virus podría tener sobre la funcionalidad y el miedo a caer, en los adultos mayores de San Jerónimo Sud, Santa Fe, Argentina. Objetivo general: Evaluar el impacto del aislamiento social obligatorio por covid-19, sobre la funcionalidad y el miedo a caer en adultos mayores de San Jerónimo Sud, Argentina. Materiales y métodos: Se realizó una búsqueda bibliográfica en la cual se seleccionaron 12 artículos de investigación donde se incluyeron las variables funcionalidad, miedo a caer, coronavirus y adultos mayores. Luego se seleccionó la población de adultos mayores de San Jerónimo Sur, Argentina, divididos en mayores de 60 años, mayores de 70 años y los mayores de 80 años. La recolección de datos se realizó entre el 24 de Septiembre hasta el 1 de Diciembre de 2020, mediante llamados telefónicos, se realizaron preguntas sobre antecedentes personales y los cuestionarios “Índice de Barthel”, “FES-1” y “Escala de Lawton y Brody”. Resultados: El 90% de los pacientes encuestados tenían enfermedades asociadas tales como hipertensión arterial, diabetes e hipercolesterolemia. Se encontró una tendencia a incrementarse el porcentaje de comorbilidades según la edad. El 55% de la muestra no tuvo caídas en el último año, mientras que el 23% tuvo una caída en el último año y otro 23% tuvo más de una caída en el último año. Los resultados del Índice de Barthel arrojaron que el 50% de los adultos mayores encuestados son totalmente independientes. Con respecto a la escala de Lawton y Brody, del total de los indexados, el 77,5% reportó un puntaje óptimo en la realización de la encuesta (independencia absoluta en las AVD). En cuanto a la escala FES-1 la media de los puntajes fue en mayores de 60 años de 18,8, en mayores de 70 años de 25,2 y en mayores de 80 años de 25,5. Conclusión: A mayor edad, mayor presencia de enfermedades asociadas, mayor cantidad de caídas, mayor presencia de dolor, mayor dependencia en las actividades de la vida diaria y mayor miedo a caer. Se observa que el aislamiento social obligatorio por COVID-19 podría haber contribuido con la preponderancia de factores de riesgo negativos en relación a la funcionalidad y el miedo a caer en adultos mayores. Además el 16% de los indexados en el estudio relataron una peor autopercepción luego de un período de aislamiento.

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN	1
II. OBJETIVOS	3
II. a) Objetivo general:	3
II. b) Objetivos específicos:	3
III. MARCO TEÓRICO	4
III. a) Derecho a la salud. Salud pública.	4
III. b) Sistemas y políticas de salud.	5
III. c) SARS-COV-2	7
III. d) Envejecimiento. Adulto mayor.	8
III. e) Funcionalidad.	9
III. f) Adultos mayores y caídas.	11
III. g) Valoración de miedo a caer y funcionalidad.	11
III. h) Aislamiento social por COVID-19.	13
III. i) San Jerónimo Sud. Descripción.	14
IV) JUSTIFICACIÓN	17
V) MATERIAL Y MÉTODOS / METODOLOGÍA / PROCEDIMIENTOS:	18
VI) RESULTADOS:	20
VI. a) Revisión bibliográfica:	20
VI. b) Trabajo de campo:	33
VII) DISCUSIÓN:	41
VIII) CONCLUSIONES:	44
IX) REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	46
X) ANEXOS:	53
X. a) DOCUMENTACIÓN DEL PROCESO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	53
X. b) CUESTIONARIO DE DATOS PERSONALES:	56
X. c) ÍNDICE DE BARTHEL:	57
X. d) ESCALA DE LAWTON Y BRODY:	58
X. e) FES-1:	59

I. INTRODUCCIÓN

El envejecimiento de la población es uno de los fenómenos sociales de mayor impacto de este siglo. Según la OMS, en el siglo XX se produjo una revolución de la longevidad. La esperanza media de vida al nacer aumentó 20 años desde 1950 y llegó a 66 años, y se prevé que para el año 2050 haya aumentado 10 años más. En España había en 1950, 2.023.000 mayores de 65 años, que representaba el 5% de su población. Hoy son 8.764.000 los adultos mayores de 65 años que representan al 18% de la población. En Argentina, en el censo del año 1970 la población mayor de 65 años alcanzaba el 7% de la población, y para el censo de 2010 alcanzó el 10,24%, y esto considerando que la población total del país también se ha aumentado con creces, y se estima que para el año 2040, el 17,4% de las mujeres y el 13,1% de los varones tendrán más de 65 años, y que la esperanza de vida para ese año será de 84,72 años para las mujeres y de 78,44 años para los hombres, (siendo que actualmente la esperanza de vida es de 73,72 años para los varones y 80,33 años para las mujeres)¹⁻⁴.

Sumado a esto, el mundo está atravesando una pandemia causada por un virus SARS-COV-2 (COVID-19). La tasa de mortalidad de este virus en adultos mayores es exponencialmente más alta que en los demás grupos etarios. Es por eso que, además del aislamiento social y el distanciamiento físico impuesto, el Ministerio de Salud de la Nación solicita a los adultos mayores tener en cuenta una serie de recomendaciones para garantizar su acompañamiento y cuidado. Se aconseja a familiares y/o allegados a prestarles su ayuda para realizar trámites de manera virtual, a realizar las compras de mercadería y asegurarse que no tengan contacto con personas que provienen del exterior. Deben mantenerse fuera de circulación en forma preventiva y es muy importante el acompañamiento. En adultos mayores el aislamiento es muy complicado, por lo que hay que hablar de aislamiento físico y no social.

Se recomienda utilizar la tecnología para hacer llamados por teléfono, videoconferencias y contacto en redes sociales, en el caso de los mayores que manejan la computadora o la tablet. No es menos importante que tengan determinadas actividades que marquen los ritmos biológicos, como peinarse, vestirse, hacer las cosas de la casa en determinados horarios y tratar de hacer actividad física en el hogar⁵.

El envejecimiento, es el responsable de múltiples procesos y cambios anatómicos y fisiológicos en la persona anciana que aumentan de forma gradual la vulnerabilidad a la enfermedad⁶.

Por eso y sumado al carácter más severo del encierro en los adultos mayores, se debería investigar y conocer más del impacto que este aislamiento podría tener sobre la funcionalidad con respecto a las actividades de la vida diaria y en el miedo a caer, en la población de adultos mayores.

II. OBJETIVOS

II. a) Objetivo general:

Evaluar el impacto del aislamiento social obligatorio por covid-19, sobre la funcionalidad y el miedo a caer en adultos mayores de San Jerónimo Sud, Argentina.

II. b) Objetivos específicos:

- Relacionar a partir de una revisión bibliográfica los conceptos funcionalidad, miedo a caer y aislamiento social.
- Analizar la conexión entre la preponderancia de comorbilidades y la funcionalidad en la población estudiada.
- Investigar si genera algún efecto el aislamiento social obligatorio sobre el riesgo de presentar caídas en el hogar.
- Determinar si el deterioro funcional se ve influenciado por la ausencia de contacto social.

III. MARCO TEÓRICO

III. a) Derecho a la salud. Salud pública.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) se considera a la salud como el estado de completo bienestar físico, psíquico y social y no sólo la ausencia de enfermedades, constituyendo por tanto un bien fundamental que le cabe a toda persona por el sólo hecho de serlo. Esta consideración amplia de la salud, impacta en el Derecho y, particularmente, en el derecho a la salud.

Cuando se habla del derecho a la salud se refiere a la posibilidad concreta y real del ejercicio de este. El derecho de acceso a la salud es un derecho con doble aspecto, esto es, material y formal. Así pues, se hace referencia al ingreso de la persona a un sistema de salud, sin ningún tipo de discriminación (por razones de raza, sexo, condición económica, social, o edad) esto es, acceder a una consulta médica, obtener medicamentos, realizarse estudios, ser hospitalizada. Efectivizado dicho acceso, al que se le llama material (en tanto implica el ejercicio efectivo del derecho), se concreta el aspecto formal, representado por la realización de la salud, en tanto valor.

El derecho a la salud se presenta como la facultad de las personas para alcanzar los servicios del sistema de salud a los fines del resguardo integral de su vida. El Estado tiene la obligación de otorgar a todas las personas que habiten en el territorio (entre ellos los ancianos), los beneficios de la seguridad social, dentro de los cuales se incluye el acceso a la asistencia sanitaria. Pero también otorgan a sus beneficiarios la facultad para alcanzar estos servicios, a través de relaciones de consumo que se desenvuelvan en un marco de protección integral. El derecho al acceso a la salud de los ancianos es, por ello, un derecho humano social de acción positiva que compromete al Estado y a la sociedad en su conjunto.

Los adultos mayores se encuentran ubicados en la sociedad en una posición jurídica débil, que se manifiesta, entre otras cuestiones, en el reconocimiento incompleto del derecho de acceso a la salud, lo que no se corresponde con lo establecido en la Constitución Nacional y las fuentes formales en materia de derechos humanos⁷.

III. b) Sistemas y políticas de salud.

El sistema de salud de Argentina está compuesto por tres sectores: público, de seguridad social y privado. Cada uno de estos sectores tiene sus modelos de gestión (político), de financiación (económico) y de atención (técnico).

El sector público está integrado por los ministerios nacional y provincial, y la red de hospitales y centros de salud públicos que prestan atención gratuita a toda persona que lo demande, fundamentalmente a personas sin seguridad social y sin capacidad de pago, aproximadamente 14.6 millones de personas en 2008. Se financia con recursos fiscales y recibe pagos ocasionales de parte del sistema de seguridad social cuando atiende a sus afiliados.

El sector del seguro social obligatorio está organizado en torno a las Obras Sociales, que aseguran y prestan servicios a los trabajadores y sus familias. La mayoría de las obras sociales operan a través de contratos con prestadores privados y se financian con contribuciones de los trabajadores y patronales, además cada provincia cuenta con una obra social que cubre a los empleados públicos de su jurisdicción, y el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados/Programa de Asistencia Médica Integral (INSSJyP – PAMI) brinda cobertura a los jubilados del sistema nacional de previsión y sus familias.

El sector privado está conformado por profesionales de la salud y establecimientos que atienden a demandantes individuales, a los beneficiarios de las obras sociales y de los seguros privados. Este sector también incluye entidades de seguro voluntario llamadas Empresas de Medicina Prepaga que se financian sobre todo con primas que pagan las familias y/o las empresas que incluyen un subsector prestador de servicios agrupado en la confederación Argentina de Clínicas, Sanatorios y Hospitales Privados. Este sector comprende también a las llamadas cooperativas y mutuales de salud, que son entidades no lucrativas que ofrecen planes de salud pero no operan ni como obras sociales ni como medicina prepaga^{8,9}.

El sistema de salud puede ser definido como una respuesta social organizada para los problemas de salud. En sentido estricto, el sistema de salud incluye todas las funciones que el Estado y la sociedad desempeñan en salud. Sin embargo, tanto en la literatura especializada como en el uso cotidiano se acostumbra usar la expresión sistema de salud para hacer referencia al sistema de atención médica.

Las políticas públicas se pueden entender como un proceso que se inicia cuando un gobierno o una autoridad pública detectan la existencia de un problema y efectúa las acciones para eliminarlo o mejorarlo y termina con la evaluación de los resultados que han tenido las acciones emprendidas para eliminar, mitigar o variar ese problema. Formular políticas es establecer prioridades e involucra la definición del rol del Estado en la salud. A partir de ella la salud alcanza el status de cuestión pública, de un problema de Estado, definiendo derechos y deberes. El estado de salud de la población constituye una dimensión de la calidad de vida de los pueblos. A su vez, una política de salud implica la definición de la salud como un problema público en el cual el Estado asume un rol activo y explícito. Las políticas de salud son de desarrollo reciente. Tienen su génesis en la identificación de problemas tales como la tasa de crecimiento de la población, su envejecimiento, distribución espacial, enfermedades, nuevas tecnologías, etc., que son el insumo de proposiciones políticas. Especialmente tiene mayor trascendencia política el uso de los medios y recursos para resolver los problemas existentes en el continuo salud-enfermedad (organización, financiamiento, acceso y utilización de servicios).

Formular políticas sanitarias a finales del siglo XX exige mucho más que el saber de los médicos. Hay un conjunto de fenómenos que están afectando al sector salud. Algunos de los problemas que aparecen son comunes a la mayoría de los países.

- La esperanza de vida aumenta y por lo tanto, la población está envejeciendo. Ello involucra alteraciones en los perfiles epidemiológicos. En los próximos años crecerá la demanda de cuidados de salud y adquirirán mayor peso las enfermedades crónico-degenerativas, que son mucho más costosas. Surgen nuevos desafíos asistenciales, como el de brindar cobertura integral a pacientes con sida, y otros que ya existían adquieren mayor peso por su alta prevalencia, como los cánceres.
- La innovación tecnológica y su rápida difusión, tanto en lo que hace a diagnóstico y terapia, como a gestión de servicios y políticas.
- La extensión de la cobertura tanto en sentido vertical (más prestaciones, entre las cuales se incluyen algunas muy caras como los tratamientos para el sida y tumores) como horizontal (más personas a ser atendidas).
- El incremento de las expectativas. Cumplimentación del acceso a bienes y servicios⁹.

III. c) SARS-COV-2

El mundo está atravesando una pandemia causada por un virus que es potencialmente mortal si afecta a adultos mayores. A fines de 2019, en China se identificó una nueva cepa de coronavirus como la causa de un brote de enfermedades respiratorias, que se conoce como SARS-COV-2 (COVID-19). En Marzo del 2020 la OMS declaró a este brote como pandemia. Los coronavirus pueden causar enfermedades como resfriado común, síndrome respiratorio agudo grave (SARS) y el síndrome respiratorio de medio oriente (MERS). Los signos y síntomas del COVID-19 son fiebre, tos, falta de aire o dificultad al respirar (principales). Otros síntomas pueden ser dolor general, goteo de nariz, dolor de garganta, dolor de cabeza, diarrea, pérdida del olfato.

La gravedad del síndrome puede ser muy dispar. Desde parte de los pacientes son asintomáticos, otros pueden tener síntomas leves (resfriado), hasta pacientes en que la dificultad respiratoria puede llevarlo a ser un paciente crítico, conexión a ventilación mecánica e incluso la muerte. El COVID-19 tiene gran capacidad para el contagio persona a persona. Este se contagia vía secreciones respiratorias por microgotas y aerosoles que se originan cuando alguien infectado con el virus habla, grita, estornuda o tose. Incluso puede mantenerse activo durante días en superficies como plásticos, metales, madera, ropa y así ser uno mismo quien produce el contagio entrando en contacto con dichas superficies infectadas, y luego llevándolas con sus manos hacia las mucosas.

Las medidas de prevención son muy diversas, como higiene de manos (ya sea con alcohol o lavado con cualquier tipo de jabón o detergente), desinfectado de superficies, ropa, calzado, uso de barbijos o tapabocas, evitar el saludo o contacto físico, estornudar o toser siempre sobre el pliegue del codo, evitar compartir herramientas o utensilios, y un largo etc.

El hecho de que no exista vacuna ni tratamiento efectivo para este síndrome es lo que conduce a tomar ciertas decisiones. El gobierno argentino (y más de 50 países del mundo) otorgó facultades extraordinarias al Ministerio de Salud de la Nación, y este atendiendo a las recomendaciones de organismos especializados internacionales y de expertos locales, decreta el 19 de Marzo de 2020 el "Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio" provisorio por dos semanas que luego se fue extendiendo hasta llegar en el caso de Argentina a 7 meses al día de la fecha, como estrategia para detener el avance de los contagios, cerrando muchas actividades laborales, cierre de comercios que no sean de primera necesidad, prohibición de la libre circulación, eventos públicos y

privados, y de esta manera, reducir la tasa de contagios, y ganar tiempo para acondicionar el sistema de salud para este nuevo desafío. Tanto en nuestro país como en el mundo, las restricciones fueron de diversa índole y muy variadas según las decisiones tomadas por los diferentes mandatarios, pero en todos lados hubo algo en común: el alejamiento de las personas y el confinamiento en sus hogares. Este distanciamiento o aislamiento social, sin embargo, no cursa sin consecuencias entre la población. Mucho se habla de las consecuencias psicológicas de esta reclusión, como relata la licenciada, profesora en la escuela de Psicología USAT, Marilia Cortez Vidal, la gran cantidad de efectos adversos del aislamiento, como la sensación de necesidad de salir a "andar libremente", presencia de estrés y ansiedad (en algunos casos agravada por problemas económicos, en algunos casos también provocado por el cierre de las economías debido al aislamiento), a nivel de bajar nuestras defensas y aumentar la probabilidad de sufrir gripes o resfríos. Influye en el estado de ánimo, y más aún si se trata de personalidades pesimistas o depresivas¹⁰⁻¹³.

Como ya se mencionó anteriormente, la nueva cepa de coronavirus adquiere especial importancia cuando los infectados son adultos mayores, debido a la mayor tasa de mortalidad en este grupo de la población.

III. d) Envejecimiento. Adulto mayor.

El envejecimiento es universal y multifactorial, es decir, es un proceso fisiológico común a todos los individuos que se da a lo largo del ciclo vital, y a su vez, un proceso individual, ya que no solo influye la edad cronológica de una persona, sino también la edad biológica (referido al estado funcional de sus órganos o a los aspectos fisiológicos), edad social (relacionada con estilos de vida, hitos económicos, laborales, sociales), edad psicológica (estado cognitivo, personalidad, estado de bienestar). Estos cambios producen una limitación de la adaptabilidad del organismo en relación al medio^{1,2}.

Los cambios producidos por el envejecimiento llevan lentamente a la aparición de diversas patologías relacionadas con este. Así, es característico de este grupo etario la pluripatología y la tendencia a cronificarse de estas, de manera tal que lentamente va conduciéndolos a la dependencia en las actividades de la vida diaria, y obligando a los ancianos y sus familiares a buscar la forma de adaptarse a estas situaciones. Los cambios ocurridos son de diversa índole: cardiovasculares, dermatológicos, digestivos,

genitourinarios, metabólicos, sensoriales, respiratorios, neurológicos y musculo esqueléticos⁶.

Cabe resaltar que el deterioro de la función muscular es uno de los principales factores que influyen en la disminución de la capacidad de vida independiente de las personas. La actividad muscular está afectada por cambios de tipo funcional (fuerza) y estructural (atrofia muscular y reducción de activación nerviosa)¹⁴.

Generalmente se asocia el concepto de adulto mayor a personas mayores de 60 años, o que ya estén jubiladas, pero actualmente es algo muy común ver a personas de esa edad activos laboralmente, independientes en las actividades de la vida diaria, participando de actividades recreativas o deportivas y con un buen nivel funcional, o sea, un punto que complica a la hora de definir al adulto mayor, es la cohorte que tomemos en cuenta^{15, 16}.

Desde una perspectiva funcional, un adulto mayor sano es aquel capaz de enfrentar el proceso de cambio a un nivel adecuado de adaptabilidad funcional y satisfacción personal (OMS, 1985). De esta forma el concepto de funcionalidad es clave dentro de la definición de salud para el anciano, por ello la OMS (1982) propone como el indicador más representativo para este grupo etario el estado de independencia funcional¹⁷.

Así llegaríamos a la conclusión de que amplio margen de esta población no gozaría de un estado de salud absoluto, debido a que el deterioro funcional es común en el adulto mayor, donde existen causas potenciales que contribuyen al mismo, como los cambios relacionados con la edad, factores sociales y/o enfermedades; cerca del 25% de adultos mayores de 65 años y el 50% de los mayores de 85 años de edad necesitan ayuda de otra persona para actividades de la vida diaria^{18, 19}.

En Argentina, para el 2007, el porcentaje de adultos mayores que tenían hipertensión y afecciones cardíacas derivadas era del 20,87%, enfermedades cardíacas y problemas circulatorios 15,97%, enfermedades osteoarticulares 12,5%, afecciones respiratorias 7%, afecciones neurológicas 4,5%, otras 7,8%²⁰.

III. e) Funcionalidad.

La funcionalidad es la capacidad del sujeto para realizar las actividades de la vida diaria (AVD). Esta capacidad declina gradualmente y difiere de individuo a individuo. El

compromiso de la funcionalidad en mayores de 65 años puede presentarse en 5 % de ellos, y en mayores de 80 años hasta en 50 %.

La alteración de la funcionalidad puede ser marcador del efecto de una enfermedad sistémica en el paciente, y su identificación permite el reconocimiento de ésta para así establecer un diagnóstico, una intervención y un plan de cuidado. Se divide en tres categorías: actividades básicas de la vida diaria (ABVD), hacen referencia a las actividades que permiten al sujeto ser independiente en su domicilio; actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), permiten una vida independiente en la comunidad y actividades avanzadas de la vida diaria (AAVD), permiten desarrollar un papel social. Hay que valorar el deterioro de la capacidad funcional desde estas tres perspectivas. Sin embargo, la transpolación de los resultados de una población a otra suele ser imposible dado que el punto de corte para definir a una persona como adulto mayor difiere según el nivel de desarrollo del país en cuestión. En España, el 39.4% de los adultos mayores de 75 años son dependientes en una o más actividades básicas de la vida diaria. En Costa Rica, el 15.8% de los adultos mayores de 60 años tiene una baja capacidad funcional. En México, 10% de dependencia para las ABVD en adultos de 60 a 64 años, y 77% en el grupo de más de 90 años. Estas diferencias en la prevalencia han llevado a la identificación de diversos factores asociados con la dependencia funcional. Se ha encontrado asociación significativa con obesidad, hipertensión arterial, depresión, artropatía, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, cardiopatía isquémica, evento vascular cerebral, edad mayor de 80 años, caídas recurrentes, fracturas e insomnio, por mencionar algunas variables²¹.

El estado funcional es el resultado de la interacción de elementos biológicos, psicológicos y sociales, y constituye el reflejo más fiel de la integridad del individuo durante el envejecimiento.

Con respecto al envejecimiento individual, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) lo definen como el proceso de integración entre un individuo que envejece y una realidad contextual en proceso de cambio permanente. Estas mismas organizaciones nombradas anteriormente definen a un adulto mayor “funcionalmente sano”, como aquel capaz de enfrentar este proceso de cambio, con un nivel adecuado de adaptación funcional y de satisfacción personal²².

III. f) Adultos mayores y caídas.

Un problema muy frecuente y severo en la ancianidad es el aumento de la inestabilidad o pérdida del equilibrio que pueden derivar en caídas. Esta se define como el desplazamiento no intencional del cuerpo a un nivel inferior a la posición inicial, con incapacidad de corrección en tiempo y forma. Las caídas conllevan consecuencias no solo físicas sino también sociales, psicológicas y económicas. Una de las más importantes es el denominado miedo o temor a caerse. Tinetti lo define como "la falta de seguridad que tiene una persona en sí mismo a la hora de evitar una caída cuando realiza actividades de la vida cotidiana". Esta puede variar desde una ligera preocupación a no caerse, hasta una negación a hacer la mayoría de las tareas cotidianas, pudiendo llegar a la pérdida de las capacidades para realizar actividades tanto básicas como instrumentales de la vida diaria. De esta manera, la inactividad que provoca el miedo a caerse, puede derivar en un aumento real del riesgo de caída, definiéndose éste como una valoración de la posibilidad de sufrir una caída, teniendo en cuenta diversos factores de riesgo, que pueden ser intrínsecos (asociados con la edad, hábitos de vida, comorbilidades, cardiovasculares, articulares, trastornos cognitivos o psíquicos, alteraciones visuales, neurológicas, urológicas) o extrínsecos (individuales, factores ambientales del hogar y fuera de este)²³⁻²⁵.

III. g) Valoración de miedo a caer y funcionalidad.

Existen diferentes instrumentos de evaluación del miedo a caer en ancianos, algunos de ellos son:

Falls Efficacy Scale International (FES-I): está compuesta por 16 elementos que evalúan el miedo de caer durante la realización de las actividades básicas de la vida diaria y/o las instrumentales/sociales, en una escala de cuatro puntos. Los 16 ítems analizados son: limpiar la casa, vestirse o quitarse la ropa, preparar comidas sencillas, bañarse o ducharse, ir a las compras, sentarse o levantarse de una silla, subir o bajar escaleras, andar por el barrio, coger un objeto de arriba del nivel de la cabeza o del suelo, atender el teléfono, andar en una superficie resbaladiza, visitar a un amigo o pariente, andar en lugares con multitudes, andar en superficies irregulares, subir o bajar una rampa, y frecuentar un evento social. La puntuación total varía entre los 16 puntos (no se preocupa) y los 64 puntos (muy preocupado).

Survey of Activities and Fear of Falling in the Elderly (mSAFFE): es una versión modificada del SAFFE. Mide el miedo de caer y evitar actividades debido a esto. La

escala presenta 17 actividades, donde se pregunta al anciano si evita alguna de estas actividades debido al miedo de caer. Las actividades son puntuadas en una escala de tres puntos (1=nunca evita, 2=las veces que evita y 3=evita siempre). La suma de las puntuaciones puede variar entre 16 (baja evitación debido al miedo de caer) y 51 puntos (alta evitación debido al miedo de caer).

Iconographical Falls Efficacy Scale (IconFES): este permite obtener informaciones sobre el nivel de preocupación de la persona con las caídas, para una serie de actividades de la vida diaria. Es un cuestionario por entrevista, que utiliza la combinación entre imágenes y frases cortas. La versión larga del Icon-FES contiene 30 ítems, y utiliza una escala de cuatro puntos (1=no está preocupado a 4=muy preocupado). La versión corta Icon-FES contiene 10 ítems.

También existen pruebas de evaluación de riesgo de caída como son Test Levantar y Andar (TUGT - Timed Up and Go Test), escala de equilibrio de Berg (BBS), etc²⁶.

Con respecto a la funcionalidad en adultos mayores existen diferentes índices y escalas, entre ellos se pueden nombrar:

Índice de Katz puede evaluar las actividades básicas de la vida diaria mediante una escala sencilla cuyos grados reflejan niveles de conducta en seis funciones. Su carácter jerárquico permite evaluar el estado funcional global de forma ordenada, comparar individuos y grupos y detectar cambios a lo largo del tiempo. La escala consta de seis elementos y evalúa las ABVD proporcionando un índice de autonomía-dependencia en un breve tiempo de administración.

Escala de Lawton para evaluar las actividades instrumentales de la vida diaria, es útil para detectar los primeros grados de deterioro funcional de los adultos mayores que viven en sus domicilios. Esta escala se recomienda para la evaluación del adulto mayor que se considera con riesgos de perder su autonomía, ya sea por una enfermedad crónica o por estar recuperándose de un período de inmovilidad. Si el nivel de discapacidad no se evalúa, ni se compensa con intervenciones apropiadas, ni se monitorea regularmente, la persona corre el peligro de entrar en un proceso que puede llevar a un grado acumulativo de discapacidades.

Índice de Barthel es uno de los instrumentos más utilizados para la valoración de la función física. Valora el nivel de independencia del paciente con respecto a la realización de algunas actividades básicas de la vida diaria (AVD), mediante la cual se asignan diferentes puntuaciones y ponderaciones según la capacidad del sujeto examinado para llevar a cabo estas actividades^{27, 28}.

Además existen pruebas funcionales para valorar la funcionalidad del adulto mayor, algunas de ellas son: test de los 6 minutos, test de fuerza para las extremidades inferiores como tests de levantarse y sentarse en la silla (sit-to-stand test), entre otras²⁹.

III. h) Aislamiento social por COVID-19.

Este aislamiento generó en las personas diversas consecuencias, entre ellas podemos destacar el impacto psicológico generando ansiedad, depresión, insomnio, negación, angustia y miedo. Los efectos psicológicos se atribuyen a efectos directos e indirectos de la propia enfermedad y del confinamiento. La soledad, el distanciamiento social y la incertidumbre en la prestación de cuidados de salud, no son buenos para el pronóstico y curso de un proceso doloroso pudiendo agravarlo, como es por ejemplo en pacientes con dolor crónico. Los pacientes que ya presentan alguna enfermedad pueden provocar pérdida de funcionamiento y además desarrollo de estrés postraumático³⁰⁻³².

También puede generar efectos nocivos colaterales sobre el pronóstico de varias enfermedades, como el ictus, el infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST, la tromboembolia pulmonar y otras enfermedades cuyo tratamiento depende del tiempo³³.

Con respecto al virus, este tiene una actividad patógena directa, los casos más graves parecen evolucionar peor, no tanto por el propio virus, sino por la respuesta inflamatoria excesiva que se produce en el organismo para frenarlo, ya que dicha respuesta puede provocar daños colaterales en diversos órganos. Estos daños pueden llevar al fallecimiento de una gran parte de los enfermos. En un estudio publicado en 2017 en *Neuropsychopharmacology* se revisa el conocimiento actual acerca de cómo la conducta social influye sobre la respuesta inflamatoria. Se ha demostrado que ciertos estresores sociales, como el rechazo, la separación y pérdida de seres queridos, el sentirse evaluado y la existencia de algún conflicto interpersonal, pueden aumentar de

forma transitoria o a largo plazo la actividad proinflamatoria del organismo. Al prolongarse en el tiempo, supone una situación de gran desgaste y deterioro. Además, ante una situación de amenaza o de desconexión social, se produce una activación de genes que favorecen la respuesta inflamatoria (quizás como compensación y preparación del organismo ante la falta de apoyo social que no se va a recibir). A su vez, existe una inhibición de los genes relacionados con la respuesta antiviral.

No medir las consecuencias para la salud del aislamiento extremo y su consecuente percepción de soledad de las personas mayores, nos obliga a revisar el trinomio de “prevención-iatrogenia-salud pública”. Se entiende por iatrogenia, el daño o morbilidad atribuible a las decisiones en el proceso de atención sanitaria, sea clínica (individuos) o de salud pública (poblaciones).

Sería interesante reflexionar sobre si las decisiones de salud pública se están tomando en su dimensión biopsicosocial, tal y como propone la definición de salud de la OMS, o están desvinculadas de la evidencia científica psicosocial en la progresión a enfermedad física. En el caso de COVID-19, ¿es el aislamiento preventivo total en las personas mayores, la medida más eficiente para reducir la morbilidad y mortalidad en esta población? La evidencia científica presentada propone una revisión del modelo³⁴.

El aislamiento social aumenta significativamente el riesgo de una persona de morir prematuramente por todas las causas, un riesgo que podría rivalizar con el del tabaquismo, la obesidad y la inactividad física. Este se asoció a un aumento de casi el 50% del riesgo de demencia, del 29% del riesgo de enfermedad cardíaca y del 32% del riesgo de accidente cerebrovascular. En los pacientes con insuficiencia cardíaca se asoció a un riesgo de muerte casi 4 veces mayor, a un aumento del 68% del riesgo de hospitalización y a un aumento del 57% del riesgo de visitas a la sala de emergencias³⁵.

III. i) San Jerónimo Sud. Descripción.

Al igual que todas las ciudades y pueblos de la República Argentina, las decisiones tomadas por las autoridades nacionales han llegado a San Jerónimo Sur, provincia de Santa Fe, poblado donde se tomará la muestra para realizar este estudio.

San Jerónimo Sud es uno de los tantos pueblos diseminados en el territorio nacional argentino. Desconocido para muchos, en las últimas décadas ha cambiado considerablemente su fisonomía. Nuevas viviendas, el uso de tecnología moderna y el

progreso de algunas instituciones demuestran una ubicación espacio temporal actualizada.

La fértil llanura próxima al litoral fluvial argentino está moteada de pequeñas poblaciones que fueron surgiendo a fines del siglo XIX a medida que el ferrocarril tendía sus vías para unir las grandes ciudades.

Una parada, transformada luego en estación ferroviaria fue, en la mayoría de los casos, el punto de partida para el nacimiento del pueblo.

El arribo de inmigrantes, europeos en su mayoría, pobló la zona rural por 1858, y fue en 1866, con la instalación del ferrocarril argentino que unía la ciudad de Rosario con la ciudad cordobesa de Bell Ville lo que creó una población estable (que por ese tiempo se conocía como colonia Albiol) que rodeaba la estación y concluyó determinando la formación de una zona urbana dependiente. Y fue el 1° de Junio de 1871 que se establecieron 133 colonos con sus familias bien integradas, todos provenientes de Europa y por contrato de Don Guillermo Perkins, comisionado de la empresa ferrocarril argentino.

La delimitación oficial de San Jerónimo Sud fue establecida con posterioridad por el gobierno de la provincia de Santa Fe en 1891.

A 35 kilómetros de Rosario por la ruta nacional N° 9, comunicando dicha ciudad con Córdoba, se encuentra San Jerónimo Sud. Respondiendo al modelo que le dió origen, fue la parada del ferrocarril el origen de la actual población destinada a suministrar carga primero y pasajeros después lo que promovió su crecimiento, debido al incremento en la demanda externa de materias primas especialmente cereales. Es por eso que en un principio las actividades económicas eran netamente rurales, llevándose a cabo la cosecha de cereales y actividad ganadera en la cual se criaba ganado bovino y ovino, aprovechándose el ferrocarril para el traslado de los productos (cueros, granos, cebo, verduras, papas, lanas, huesos, carne, etc.). Para principios y mediados del siglo XX, se instalaron en las zonas rurales gran cantidad de tambos lecheros (la colonia se hizo conocida por esto ya que había 40 tambos, llegando en la década del '70 a un equilibrio en el que el 52% de la tierra se llevaba a cabo agricultura y en el 48% restante eran tambos. Ya para mediados de la década del '80, el terreno utilizado para la agricultura alcanzó el 89%.

Actualmente las actividades laborales siguen centrándose primordialmente en actividades rurales o derivadas de esta, y además la instalación de pequeños comercios familiares, prestadores de servicios, obreros en una industria o empleados de un centro de rehabilitación.

A destacar, el escaso crecimiento de su población que en el censo de 2001 era de 2754 habitantes y para el censo de 2010 contaba con 2780, es decir de un crecimiento de 1,47% en una década. Razón de esto puede ser la escasa oferta laboral, tanto para profesionales, técnicos u obreros, por lo que la población más joven muchas veces intenta asentarse en ciudades vecinas con mayor oferta de trabajo. Esto a su vez genera un envejecimiento en la población. Actualmente el pueblo cuenta con 567 personas mayores de 60 años, lo que equivale al 20,4% de la población^{36, 37}.

IV) JUSTIFICACIÓN

El conocimiento del proceso de envejecimiento junto al miedo de sufrir una caída y sus consecuencias en adultos mayores constituye un elemento esencial de prevención y tratamiento para quienes se dedican a este abordaje.

Conociendo la situación actual que está atravesando el mundo, es de interés recabar la información adecuada para su posible uso en situaciones similares venideras, con el fin de aportar a futuras estrategias políticas de prevención más integrales para salud de los adultos mayores.

La OMS establece que es de importancia la continuación de los procesos de rehabilitación para pacientes que han sufrido lesiones medulares, accidentes cerebrovasculares, quemaduras, traumatismos encefalocraneales. Se debería estudiar también la necesidad de continuar con los tratamientos y/o programas de entrenamiento en la población anciana, con el fin de esclarecer si es posible mantener la funcionalidad y prevenir futuras complicaciones (caídas, deterioro funcional, mayor gravedad en ciertas enfermedades comunes en esta población como una gripe estacionaria).

V) MATERIAL Y MÉTODOS / METODOLOGÍA / PROCEDIMIENTOS:

La búsqueda para la revisión bibliográfica se realizó en bases de datos electrónicas como PubMed, Bireme, Scielo, MinCyt y Google Académico. Se incluyeron artículos publicados en el período de tiempo de 2010 a 2020. Las palabras claves utilizadas para la búsqueda fueron:

- Términos DeCS: Anciano; Aislamiento Social; Infecciones por Coronavirus; Coronavirus.
- Términos MeSH: Aged; Social Isolation; Coronavirus Infections.
- Términos libres: Funcionalidad; Functionality; Miedo a Caer; Fear of Falling.

La combinación de palabras claves utilizadas fue:

- Anciano AND miedo a caer
- Anciano AND infecciones por coronavirus
- Anciano AND aislamiento social
- Anciano AND funcionalidad
- Aislamiento social AND miedo a caer
- Funcionalidad AND miedo a caer
- Funcionalidad AND aislamiento social
- Infecciones por coronavirus OR coronavirus AND anciano
- Anciano AND miedo a caer AND infección por coronavirus
- Funcionalidad AND miedo a caer AND anciano
- Funcionalidad AND anciano AND aislamiento social
- Aged AND fear of falling
- Aged AND coronavirus
- Aged AND coronavirus infections
- Aged AND social isolation
- Aged AND functionality
- Social isolation AND fear of falling
- Functionality AND fear of falling
- Coronavirus OR coronavirus infections AND aged
- Coronavirus OR coronavirus infections AND social isolation
- Functionality AND fear of falling AND aged

- Functionality AND social isolation AND aged
- Functionality AND social isolation AND fear of falling
- Aged AND fear of falling AND social isolation

Se seleccionó la población de adultos mayores de esta localidad, divididos en tres estratos, los adultos mayores de 60, 70 y 80 años de ambos sexos. Como criterios de inclusión se seleccionaron personas que vivían en San Jerónimo Sur, que podían responder por sí mismos por llamado telefónico y que habitaban en sus hogares.

La recolección de datos se realizó entre el 24 de Septiembre hasta el 1 de Diciembre de 2020, mediante llamados telefónicos, ya sea al adulto mayor o familiar cercano, explicando el motivo del llamado primero, describiendo el trabajo después, para luego necesariamente con la persona al teléfono, grabar (con grabadora de voz) el consentimiento informado y luego realizar las preguntas de antecedentes como edad, sexo, peso, altura (IMC), si al día de la fecha se contagió de COVID-19, características de la vivienda, cantidad de personas con las que vive, actividad física (previa y durante el aislamiento), actividades domésticas y/o laborales (previas y durante el aislamiento), medicación, antecedentes médicos, caídas en el último año, caídas durante el aislamiento, presencia de dolor, realización de algún tipo de rehabilitación física previo al aislamiento y si siente que su nivel físico y funcional actual (al hacer las actividades) ha empeorado, mejorado o se mantiene igual en el último tiempo; y los cuestionarios “Índice de Barthel”, “FES-1” y “Escala de Lawton y Brody”.

Las respuestas de las personas fueron transcritas y archivadas junto a la grabación del consentimiento informado.

Para finalizar, se creó un documento Excel con los participantes divididos en los estratos etarios, y allí se añadieron los puntajes correspondientes a cada cuestionario.

VI) RESULTADOS:

VI. a) Revisión bibliográfica:

A partir de la búsqueda bibliográfica realizada se seleccionaron 12 artículos de investigación en los cuales se incluyeron las variables funcionalidad, miedo a caer, coronavirus y adultos mayores.

A partir del análisis de los artículos seleccionados se realizó el siguiente cuadro que refleja los datos de relevancia recolectados.

AUTORES	TIPO DE ESTUDIO	POBLACIÓN	VARIABLES	TIPO DE INTERVENCIÓN	CONCLUSIONES
Cano Gutierrez C; Borda M.	Observacional descriptivo	2000 personas mayores de 60 años, con promedio de 71 años, residentes en zonas urbanas y rurales de Bogotá. 62,4% eran mujeres.	Estado funcional, edad, sexo, nivel educativo, medidas antropométricas, circunferencia de pantorrilla, fuerza de prensión, velocidad de marcha, presencia de enfermedades concomitantes, toma diaria de medicamentos y autopercepción de salud.	*Se evaluó mediante escala de Barthel y mediante escala de Lawton y Brody el estado funcional de los participantes. *Se midió la fuerza de prensión con un dinamómetro *La velocidad de la marcha se evaluó mediante un cronómetro *La circunferencia de la pantorrilla en centímetros.	* Mayor edad, presencia de enfermedades concomitantes, el uso de medicación a diario y peor autopercepción de salud, se correlacionan con peores niveles funcionales de actividades básicas e instrumentales. * A mayor perímetro de pantorrilla, mayor fuerza de prensión, mayor velocidad de la marcha y más actividad física, mejores resultados en los test funcionales. * Diagnóstico de ACV y menor nivel educativo, se correlacionan con un menor nivel funcional para actividades instrumentales. * Más actividad física, mejor función cognitiva y mayor fuerza de prensión, se correlacionan con mejor funcionalidad en las actividades instrumentales.

<p>Laguado Jaimes E; Camargo Hernández K.</p>	<p>Observacional descriptivo retrospectivo</p>	<p>60 adultos mayores de 65 años institucionalizados en dos Centros de Bienestar en Bocaramanga. Un 53% son hombres y el 26% tienen entre 75 y 84 años.</p>	<p>Autonomía funcional, dependencia, edad, género, escolaridad, contacto familiar, tiempo de institucionalización.</p>	<p>* Se evalúa autonomía funcional mediante la escala de valoración de la autonomía funcional (EVA) * Evalúa la dependencia con la escala de clasificación y graduación de la independencia.</p>	<p>Se encuentra que: * Los que mantiene contactos familiares y de amigos evitan el aislamiento social y se incrementa la posibilidad de que el adulto mayor mantenga costumbres saludables tanto psicológicas como físicas. * En la funcionalidad, predomina en el grupo de 65 a 74 años dependencia leve en hombres e independencia en mujeres. * En el grupo de 95 años o más, sólo el 1,66% es independiente.</p>
---	--	---	--	--	--

<p>Cantillo Bustillo J; Rodríguez Pérez Y.</p>	<p>Observacional descriptivo</p>	<p>110 adultos mayores pertenecientes al consultorio número cinco del Policlínico Universitario Hermanos Cruz.</p>	<p>Edad, sexo, ocupación, nivel de escolaridad, antecedentes patológicos, funcionalidad y actividades básicas de la vida diaria.</p>	<p>Se realiza un cuestionario sobre información personal y antecedentes, Índice de Katz y escala de Lawton y Brody para medir AVD y escala Geriátrica de evaluación funcional para medir función.</p>	<p>* Como antecedentes patológicos se destacó la hipertensión (73,6%) y antecedentes osteomioarticulares (42,7%). * Predominan los ancianos independientes para las actividades básicas de la vida diaria, levantarse, comer, bañarse, vestirse, todas por encima de un 95%. * Predominio de ancianos independientes para actividades instrumentales de la vida diaria, por encima del 93%. Sólo en transporte hay un menor porcentaje de independientes, 76%. * Respecto a las AVD, el 71% fueron independientes en alimentación, continencia, movilidad, uso del retrete, vestirse y asearse. * Cada año entre un 20 y un 30% de los ancianos que viven independientes sufren una caída.</p>
--	----------------------------------	--	--	---	--

<p>Oliveira Martins H; Mayara de Aquiles Bernardo K.</p>	<p>Observacional descriptivo</p>	<p>104 pacientes mayores de 60 años en un policlínico de rehabilitación, de ambos sexos y con capacidad de caminar sin ayuda.</p>	<p>Edad, movilidad, equilibrio, caídas previas y miedo a caer</p>	<p>Se evalúa: * Movilidad con TUG test * Escala de Berg para equilibrio * FES para miedo a caer.</p>	<p>* A mayor edad, más tiempo al realizar el TUG test * Correlación moderada entre TUG test y escala de Berg. A menor tiempo de ejecución del TUG, mayor equilibrio * A mayor cantidad de caídas previas, menos función, menor equilibrio y mayor miedo a caer * Relación en escala de Berg (a menor resultado) con miedo a caer (mayor miedo a caer)</p>
<p>Magalhaes Vitorino L; Araujo Bastos Teixeira C.</p>	<p>Observacional descriptivo</p>	<p>170 ancianos, residentes en sus hogares. El 57 % entre 60 y 69 años, el 67% mujeres, el 46% con caída en el último año, 86 % camina sin ayudas.</p>	<p>Sexo, miedo a caer, caídas en el último año, nivel de educación, patología crónica, uso diario de medicaciones, uso de lentes, necesidad de ayuda para caminar.</p>	<p>* Se evalúa el miedo a caer con FES * Encuesta sobre demás variables</p>	<p>Mayor de 70 años que ya se ha caído dos veces, de sexo femenino, con peor autopercepción de salud, tienen mayor miedo a caerse.</p>

Souza Lopez B; Dos Santos Ribeiro R.	Observacional descriptivo	78 mujeres mayores de 70 años inscritas en el programa "Centro de la comunidad de ancianos de la Universidad Católica de Brasil"	Miedo a caer, edad, peso, altura, IMC, historial de caída	* Se evalúa miedo a caer con FES *Cuestionario respecto de datos personales e historial de caídas	* No hubo diferencias significativas respecto del miedo a caer comparando con peso, altura e IMC * Diferencias significativas entre grupos de edades, a mayor edad mayor miedo a caer *No encuentra diferencias significativas entre grupos con y sin historial de caídas
Lavedán Santamaria A; Jürschik Giménez P.	Observacional descriptivo	628 individuos de 75 años o más de todos los centros de atención primaria de la ciudad de Lleida, residentes en viviendas unifamiliares y con tarjeta sanitaria.	Caídas, miedo a caer, edad, sexo, estado civil, nivel de estrudios, convivencia, ingresos mensuales.	Evaluaciones mediante el uso de: * Índice de comorbilidad de Charlson *Test de Pfeiffer *Escala del Center for Epidemiologic Studies Depression Scale *Índice de Katz *Escala de Lawton y Brody *Mini Nutritional Assessment *SF-36	* Prevalencia de caídas en el último año de 27% en mujeres y 21% en hombres *Edad como único factor asociado a experiencia de caída *Miedo a caer como un factor asociado a caídas en el último año *Mayor prevalencia de caídas en aquellos que declararon peor calidad de vida relacionada con la salud y peor resultado en SF-36

<p>Meléndes Moral J.C; Garzón Soler T.</p>	<p>Ensayo clínico</p>	<p>53 pacientes entre 65 y 89 años.</p>	<p>Calidad de vida, equilibrio, miedo a caer, edad.</p>	<p>Dos grupos: uno de intervención, de 25 pacientes y un grupo control con 28 pacientes. *Se utilizó el cuestionario de la OMS para el estudio de las caídas en el anciano. *Se evaluó calidad de vida con EuroQol-5D y EVA. * Escala de Berg y TUG test para equilibrio *Miedo a caer con FES, ABC y escala tipo Likert. *En el grupo tratamiento se aplicó una tabla de ejercicios específicos domiciliarios (20 minutos diarios) y educación sanitaria respecto a caídas (con aspectos de prevención, protección y seguridad para evitar caídas)</p>	<p>* El EuroQol-5D observó que el grupo tratamiento tuvo un mantenimiento de las puntuaciones frente a un empeoramiento del grupo control * El EVA no encontró diferencias significativas * Respecto al equilibrio se mejoraron significativamente tanto la escala de Berg como el TUG test en el grupo tratamiento * Hubo diferencias significativas en FES y ABC, disminuyendo sustancialmente el miedo a caer en el grupo tratamiento.</p>
--	-----------------------	---	---	---	---

<p>Martin I; Ribeiro O.</p>	<p>Observacional descriptivo</p>	<p>240 personas de 75 a 94 años, con una media de 80 años, 60% mujeres, residentes en la comunidad (Portugal) y usuarios de los servicios de salud primaria y servicios sociales.</p>	<p>Caídas, miedo a caer, restricción de actividades por el miedo a caer, edad, género, estado civil, escolaridad, cohabitación.</p>	<p>* Cuestionario con respuesta dicotómica (si/no) para historial de caída, miedo a caer y restricción de actividades * También se tomaron medidas complementarias: Lawton y Brody, índice de Katz, escala de depresión geriátrica SPMSQ, escala de Guijón *Se consideran también indicadores geriátricos</p>	<p>* El 40% presentaron historial reciente de caídas, mientras que el 60% relatan miedo a caer (sobre todo mujeres) *Sólo el 40% de los que relataron miedo a caer tuvieron un historial de caída, y a la inversa, sólo el 9,7% relató tener historial de caída reciente y no tener miedo a caer * Los ancianos con historial de caída reciente, temor a caer y restricción de actividades por este temor corresponden generalmente a personas de alrededor de 80 años, mujeres, viudas y bajo nivel de escolaridad * Restricción de actividades por miedo a caer y edad son asociados estadísticamente * El 60% relató que el miedo a caer tuvo implicaciones en sus AVD.</p>
---------------------------------	--------------------------------------	---	---	---	--

<p>Vega Rivero J.A; Ruvalcaba Ledezma J.C.</p>	<p>Revisión sistemática.</p>	<p>Se incluyen 9 estudios, entre ellos un metaanálisis realizado en China en el que se estudiaron 46.248 pacientes infectados con Covid-19. Otro estudio incluyó 191 personas internadas en hospitales.</p>	<p>Covid-19, adultos mayores, medidas preventivas, factores de riesgo, situación laboral, situación personal de salud.</p>	<p>De los 9 estudios incluidos en la revisión, se analizaron los principales ejes en relación a la situación económica y laboral, la salud, así como los factores de riesgo generales para la población y específicos para las personas adultas mayores.</p>	<p>*Dentro de los grupos vulnerables, los adultos mayores son los más susceptibles de contraer la enfermedad, presentar síntomas graves y llegar a la muerte. *Las comorbilidades (enfermedad cardíaca, respiratoria y diabetes) y la inmunodepresión son factores de riesgo ante la vulnerabilidad y la gravedad de la enfermedad. * Las acciones para la atención y prevención de ancianos además de la protección física contra la infección por virus, deben brindar salud mental y apoyo psicosocial. * La desprotección social, económica, laboral y bajo el análisis de las comorbilidades presentes en los mayores conforman los principales factores de riesgo y alta mortalidad de la enfermedad. *Los documentos analizados sustentan la necesidad de crear medidas preventivas y de cuidado para este grupo poblacional y vencer las barreras edadista sobre la atención y necesidades de las personas mayores, de lo contrario los resultados serán no positivos.</p>
--	------------------------------	---	--	--	--

Márquez Arabia J.J.	Revisión de bibliografía.	Población general.	Inactividad física, sedentarismo, ejercicio, distanciamiento social.	Análisis de información disponible hasta el momento junto a datos estadísticos.	<p>* El aislamiento puede favorecer la conducta sedentaria, reducir la actividad física regular o evitar actividades cotidianas, lo que aumenta el riesgo de desarrollar enfermedades o empeorar las patologías previas.</p> <p>* Permanecer totalmente inactivos durante el aislamiento de 1 a 2 semanas disminuye determinantes principales de la salud, como la fuerza muscular y la aptitud cardiorrespiratoria (consumo máximo de oxígeno) que son predictores independientes de mortalidad por todas las causas y se relacionan fuertemente con una disminución de la morbilidad general y la mortalidad cardiovascular.</p>
---------------------	---------------------------	--------------------	--	---	--

Kai Liu; Ying Chen.	Descriptivo, observacional y retrospectivo.	56 casos de pacientes con neumonía por COVID-19 (18 ancianos y 38 pacientes jóvenes y de mediana edad) que fueron hospitalizados en el Hospital Popular Provincial de Hainan desde el 15 de enero de 2020 hasta el 18 de febrero de 2020. Según la edad, se dividió en el grupo de ancianos (≥ 60 años) y el grupo de jóvenes y de mediana edad (< 60 años).	Características de los síntomas, uso de antivirales y antibióticos, ingreso a la unidad de cuidados intensivos, requisitos de ventilación mecánica. Comparación de los dos grupos de pacientes con índice de gravedad de neumonía.	Comparación de imágenes y resultados de laboratorio entre los síntomas y características, estancia hospitalaria, resultado de la enfermedad y laboratorio (leucocitos, cociente de neutrófilos, cociente de linfocitos, respuesta C) proteína, procalcitonina); comparación de la diferencia entre los dos grupos de pacientes según la tomografía computarizada (TC) de 128 cortes de tórax.	*La mortalidad de los pacientes ancianos con COVID-19 es mayor que la de los pacientes jóvenes y de mediana edad. *Los pacientes de edad avanzada con COVID-19 tienen más probabilidades de progresar a una enfermedad grave.
---------------------	---	---	--	---	--

Respecto a la búsqueda de artículos que investigan funcionalidad y adultos mayores, se seleccionaron tres, los cuales son estudios observacionales y descriptivos. Según Cano Gutiérrez y Borda en una investigación realizada a 2000 personas mayores de 60 años, la mayor edad se corresponde con un menor nivel funcional. Al igual que Laguado Jaimes y Camado Hernández que, en un estudio sobre 60 adultos mayores institucionalizados en centros de bienestar encontraron que en el grupo de 65 a 74 años predomina una leve dependencia, mientras que los mayores de 95 años sólo el 1,66 % es independiente. Además, según Cano Gutiérrez y Borda, la presencia de enfermedades concomitantes, el uso de medicación a diario, peor autopercepción de la salud, menor perímetro de pantorrilla, menor fuerza de prensión, menor velocidad de marcha y menor actividad física, así como la presencia de diagnóstico de ACV y menor nivel educativo se correlacionan con peores resultados en test funcionales. A su vez, en un estudio realizado por Cantillo Bustillo y Rodríguez Pérez, en Cuba, sobre 110 pacientes adultos mayores atendidos en un consultorio de la clínica Hermanos Cruz, encuentran que un 73% de los pacientes sufren de hipertensión y un 46% de afecciones osteomioarticulares. Cada año entre un 20 y 30% de los adultos mayores que viven independientes sufren una caída. Este estudio coincide con la investigación de Laguado Jaimes y Camado Hernández, al afirmar que la gran mayoría son independientes en las actividades básicas (95%) e instrumentales (93%) de la vida diaria. Sólo disminuye en el uso de transporte³⁸⁻⁴⁰.

En cuanto a la variable miedo a caer, fueron 6 las investigaciones que se seleccionaron. Cinco de ellos son observacionales descriptivos (con un total de 1220 adultos mayores indexados) y uno es un ensayo clínico. En todos los estudios observacionales se encontró que la mayor edad está asociada directamente con un mayor miedo a caer, así lo refirieron los trabajos de Oliveira Martins H. y Mayara de Aquiles Bernardo K, Magalhaes Vitorino L. y Araujo Bastos Teixeira C, Souza Lopez B. y Dos Santos Ribeiro R, Lavedán Santamaria A. y Jürschik Giménez P. y Martin I. y Ribeiro O⁴¹⁻⁴⁵.

En relación al sexo, el género femenino presenta mayor miedo a caer según las investigaciones de Magalhaes Vitorino L. y Araujo Bastos Teixeira C, Lavedán Santamaria A. y Jürschik Giménez P. y Martin I. y Ribeiro O^{42, 44,45}.

Respecto al historial de caídas, cuatro de estos estudios encontraron una relación positiva entre presencia de caídas y mayor miedo a caer, a excepción del trabajo de Souza Lopez B y Dos Santos Ribeiro R. que establece que no encontraron una relación

entre estas. Oliveira Martins H. y Mayara de Aquiles Bernardo K. afirmaron que a mayor cantidad de caídas previas, mayor miedo a caer. Magalhaes Vitorino L. y Araujo Bastos Teixeira C. enunciaron que mayores de 70 años que ya se han caído dos veces, tienen mayor miedo a caerse. Lavedán Santamaria A. y Jürschik Giménez P establecieron el miedo a caer como un factor asociado a caídas en el último año. Martin I. y Ribeiro O. concluyeron que el 40% de los pacientes evaluados presentaron historial reciente de caídas, mientras que el 60% relataron miedo a caer (sobre todo mujeres) y, sólo el 9,7% de los ancianos con historial de caída reciente relató no tener miedo a caer⁴¹⁻⁴⁵.

Otra asociación entre variables es la de función y actividades de la vida diaria con el miedo a caer. Según Oliveira Martins H. y Mayara de Aquiles Bernardo K. a menor función, mayor miedo a caer. Martin I. y Ribeiro O. agregaron que el 60% de los ancianos con miedo a caer, tuvieron aparejado una modificación en sus actividades de la vida diaria, con restricción de actividades y mayormente asociado a la edad, al género femenino, y a menor nivel de escolaridad^{41, 45}.

Otro hallazgo de relevancia es que a peor autopercepción de la salud, mayor miedo a caer, encontrados en los estudios de Magalhaes Vitorino L. y Araujo Bastos Teixeira C. y Lavedán Santamaria A. y Jürschik Giménez P^{42, 44}.

Sumado a todos estos datos, un ensayo clínico realizado por Meléndes Moral J.C. y Garzón Soler T. con 53 pacientes divididos entre grupo control y grupo intervención, (este último realizó ejercicios domiciliarios 20 minutos al día y educación sanitaria respecto a caídas), concluyó que respecto a la calidad de vida, evaluado con Euroqol-5D, el grupo intervención mantuvo las puntuaciones mientras que el grupo control las empeoró. En relación al equilibrio, se mejoraron las puntuaciones en la escala de Berg y en el TUG test del grupo intervención comparado con el grupo control. Por último, evaluado con el FES y ABC, se disminuyó el miedo a caer en el grupo tratamiento⁴⁶.

Por último se seleccionaron 3 artículos relacionando adulto mayor y coronavirus. Según Vega Rivero y Ruvalcaba Ledezma, en una revisión sistemática en la cual se incluyeron 9 estudios, entre ellos un metaanálisis realizado en China en el que se estudiaron 46.248 pacientes infectados con COVID-19 y otro estudio que incluyó 191 personas internadas en hospitales, se llegó a la conclusión que los adultos mayores son los más susceptibles de contraer la enfermedad, presentar síntomas graves y llegar a la muerte. Estos resultados se condicen con el estudio de Kai Liu y Ying Chen en el que evaluaron 56 casos de neumonía por Covid-19 y concluyeron que los ancianos tenían

más probabilidades de presentar enfermedades graves o incluso de morir por este virus⁴⁷.
48.

Márquez Arabia en una revisión bibliográfica en la cual evaluó la población en general, estableció que el aislamiento puede favorecer la conducta sedentaria, reducir la actividad física regular o evitar actividades cotidianas, lo que aumenta el riesgo de desarrollar enfermedades o empeorar las patologías previas. Si a esto se le suma lo hallado en el estudio de Vega Rivero y Ruvalcaba Ledezma, que las comorbilidades (enfermedad cardíaca, enfermedad respiratoria y diabetes) y la inmunodepresión son factores de riesgo importantes ante la vulnerabilidad y la gravedad de la enfermedad, y que la desprotección social, económica, laboral y bajo el análisis de las comorbilidades presentes en las personas adultas mayores, conforman los principales factores de riesgo y alta mortalidad de la enfermedad. Siendo así, se demostró la importancia de otra de las conclusiones de esta revisión sistemática de crear medidas preventivas y de cuidado para este grupo poblacional y vencer las barreras de edad sobre la atención y necesidades de las personas mayores, de lo contrario los resultados serán no positivos. Márquez Arabia también postuló que permanecer totalmente inactivos durante el aislamiento de 1 a 2 semanas disminuye determinantes principales de la salud, como la fuerza muscular y la aptitud cardiorrespiratoria (consumo máximo de oxígeno) que son predictores independientes de mortalidad por todas las causas y se relacionan fuertemente con una disminución de la morbilidad general y la mortalidad cardiovascular, por lo que el aislamiento en esta población, no sólo aumenta la probabilidad de morir si se contrae coronavirus, sino que también aumenta la probabilidad de morir por enfermedades previas^{47,49}.

Vega Rivero y Ruvalcaba Ledezma enunciaron que las acciones para la atención y prevención de las personas adultas mayores además de la protección física contra la infección por virus, deben brindar salud mental y apoyo psicosocial⁴⁷.

VI. b) Resultado del trabajo de campo:

En una segunda instancia se llevó a cabo un trabajo de campo. El mismo tomó una muestra de 31 personas adultas mayores de San Jerónimo Sud. Se asignaron 11 adultos al grupo de mayores de 60 años, de los cuales 7 eran de sexo femenino y 4 de sexo masculino; 10 al grupo de mayores de 70 años, 5 de sexo femenino y 5 de sexo masculino y 10 al grupo de mayores de 80 años, 6 de sexo femenino y 4 de sexo

masculino. De todos los encuestados al día de la evaluación, ninguno había contraído Covid-19.

El 90% de los encuestados tenían enfermedades asociadas tales como hipertensión arterial, diabetes e hipercolesterolemia. De este grupo, el 57% era de sexo femenino y 43% de sexo masculino. Se encontró una tendencia a incrementarse el porcentaje de comorbilidades según la edad. El 100% de los mayores de 80 años presentaban enfermedades asociadas.

El 71% del total realizaba actividad física durante el aislamiento, generalmente caminatas y bicicleta. Sólo el 30% de los adultos mayores que no realizaba actividad física eran de sexo masculino.

El 74% presentaba algún tipo de dolor crónico, en su gran mayoría dolores de rodilla por patologías degenerativas. No hubo diferencias significativas respecto al sexo y la presencia de algún tipo de dolor.

Sólo el 9% tenía un peso adecuado según el índice de masa corporal (IMC). El 51% presentaba sobrepeso y casi el 39% presentaba obesidad, siendo de estos, el 66,6% de sexo femenino.

El 23% tuvo una caída en el último año y otro 23% tuvo más de una caída en el último año. De los que relataron alguna caída, el 64% era de sexo femenino.

Con respecto a la autopercepción de las personas sobre su nivel físico y funcional durante el último tiempo, el 81% relató sentirse igual y el 19% sintió que ha empeorado.

Se encontró una relación entre la edad y la cantidad de caídas en el último año. Si bien el 40% de los mayores de 60 años relató haber sufrido una caída en el último año, el 40% de los mayores de 70 y 80 años relató haber sufrido múltiples caídas en el último año, y sumado a un 20% que sólo tuvo una caída en el último año.

No obstante alrededor del 90% de los encuestados presentaban enfermedades asociadas, no se encontró ningún caso en que haya caídas en el último año sin tener comorbilidades. Es decir, el 100% de los pacientes que relataron haber sufrido una caída en el último año, tenían enfermedades asociadas.

Con respecto a la asociación entre dolor y edad, en los mayores de 60 años, se relató presencia de dolor en el 45% de los casos, mientras que en el grupo de mayores de 70 y 80 años, el 90% y 80% de los adultos respectivamente relataron tener dolor.

De las personas que mencionaron percibir un empeoramiento en su funcionalidad durante el período de aislamiento, el 100% presentó al menos una caída en el último año y el 60% describió tener algún tipo de dolor.

Los resultados del Índice de Barthel arrojaron que el 50% de los adultos mayores encuestados eran totalmente independientes. En los diferentes grupos etarios, las respuestas variaron desde más del 50% totalmente independiente en el grupo de mayores de 60 años, a tener dependencia leve el 80% de los consultados mayores de 80 años. El menor puntaje registrado en la escala fue de 70, corresponde a dependencia leve, y perteneció a una persona del grupo de mayores de 80 años. Del 50% de los encuestados que tuvieron algún tipo de dependencia, el 73% era de sexo femenino.

Se observó una tendencia a presentar complicaciones para subir y bajar escaleras en los adultos de mayor edad. En el grupo de mayores de 60 años menos del 20% necesitaba ayuda para subir un piso por escaleras, y en el grupo de mayores de 80 años el 30% necesitaba ayuda para realizar esta tarea y otro 30% fue totalmente dependiente para llevarla a cabo. En menor medida se notó un incremento en la incidencia de accidentes ocasionales tanto de micción como de deposición, menos del 15% en mayores de 60 años y alcanzó un 30% en mayores de 80 años.

Respecto al análisis de los apartados individuales del Índice de Barthel, se encontraron algunas asociaciones. Alrededor del 30% del total de personas que tuvieron algún tipo de incontinencia, y del 60% de los que relataron dificultad para subir y bajar escaleras, sufrieron algún episodio de caída en el último año. Además, en los adultos que presentaron algún tipo de dependencia para subir o bajar escaleras, el 50% tenía sobrepeso, el 37,5% obesidad y el 12,5% tenía un peso adecuado (según IMC).

La Escala de Lawton y Brody arrojó diferencias en los puntajes finales respecto a los tres grupos etarios. Del total de los indexados, el 77,5% reportó un puntaje óptimo (8) en la realización de la encuesta, y esto significó independencia absoluta en las actividades de la vida diaria. Del total de personas que según el resultado tuvieron algún tipo de dependencia, el 85% era de sexo femenino. En el grupo de mayores de 60 años menos del 10% se caracterizó con un puntaje de 7 sobre 8 puntos totales, lo que significó que este porcentaje tenía dependencia leve. En el grupo de mayores de 70 años, el porcentaje de adultos con dependencia ascendió al 20% y en mayores de 80 años al 40%, por lo que quedó expuesta una clara asociación de la edad con la dependencia de las personas adultas mayores en sus actividades de la vida diaria. El menor puntaje registrado en la escala fue de 4 que indicó mayor dependencia y correspondió a un adulto mayor de 80 años.

Las mayores dificultades se encontraron en el apartado de realizar las compras, cerca del 23% del total de los encuestados presentaron alguna dificultad para realizar las

compras (y esto representó el 100% de los adultos mayores en que el score final no fue óptimo), ya sea con necesidad de ir acompañado o la posibilidad de sólo realizar pequeñas compras. Del total de estas personas que tuvieron variaciones en el score final, cerca del 86% era de sexo femenino.

De los adultos que presentaron según esta escala alguna dependencia (23%), casi el 72% sufrió al menos una caída en el último año (43% presentaron varias caídas, 23,5% sólo una caída y 23,5% no sufrieron caídas), el 85% de ellos presentaba dolor y el 100% tenían enfermedades asociadas.

En cuanto a la Escala FES-1, sólo el 6% del total de los encuestados no refirieron preocupaciones por miedo a caer en ninguno de los apartados, eran personas de sexo femenino y correspondían al grupo de mayores de 60 años. Los dos mayores puntajes (es decir mayor miedo a caerse) fueron de 40 (masculino mayor de 70 años) y de 33 (femenino mayor de 80 años). La media de los puntajes según la estratificación por edad fue en mayores de 60 años de 18,8 con una desviación estándar (D.E) de 2,51, en mayores de 70 años de 25,2 con una D.E de 21,01 y en mayores de 80 años de 25,5 con una D.E de 13,31.

Respecto al análisis de los apartados individuales de la Escala FES-1 se reveló que la actividad de caminar sobre una superficie resbaladiza era sin dudas la que más inconvenientes traía a los adultos mayores sin importar el grupo etario, aunque sí, a mayor edad, se encontró que las preocupaciones eran mayores. Sólo el 20% de los ancianos de 60 años (y ninguno de los participantes de los demás grupos etarios) declararon no tener preocupación de caerse al caminar sobre superficies resbaladizas (grupo 1). La media de respuestas en los grupos de mayores de 60, 70 y 80 años fue de 1,9; 2,8 y 2,7 respectivamente (ver siguiente tabla).

Otros apartados que generaron preocupación fueron subir y bajar escaleras, caminar sobre superficie irregular y subir y bajar una rampa. Respecto a subir y bajar escaleras (grupo 2), la media para los grupos de 60, 70 y 80 años fueron de 1,5; 1,8 y 2,3. Para caminar sobre una superficie irregular (grupo 3), fueron de 1,4; 2,5 y 2,9. Para subir y bajar una rampa, fueron de 1,3; 2,2 y 1,9 (ver siguiente tabla).

	MEDIA (grupo 1)	MEDIA (grupo 2)	MEDIA (grupo 3)
MAYORES DE 60	1,9	1,5	1,4
MAYORES DE 70	2,8	1,8	2,5
MAYORES DE 80	2,7	2,3	2,9

En los dos párrafos anteriores quedó de manifiesto la relación entre la edad y el aumento en las preocupaciones por sufrir una caída.

El puntaje medio sobre la preocupación por sufrir una caída del total de participantes fue de 23. El 35,5% de los encuestados dio un resultado mayor a la media. De estas personas, el 55% eran hombres y el 45% eran mujeres. El 82% de este grupo (puntajes mayores a 23) tuvo al menos un episodio de caída en el último año, el 100% tenían enfermedades asociadas y el 73% presentaba dolor.

No se encontraron relaciones significativas entre Barthel, Lawton y Brody y FES-1, aunque sí se condicen en los adultos que marcaron tanto los mejores como los peores puntajes.

Tablas de resultados:

MAYORES DE 60 AÑOS										
Pacientes	Sexo	FES-I	Escala de Barthel	Escala de Lawton y Brody	IMC	Caídas en el último año	Enfermedades asociadas	Actividad física	Dolor	Autopercepción
1	femenino	20	85	7	22,26	1	si	si	si	igual
2	femenino	25	90	8	37,5	1	si	no	si	peor
3	masculino	20	85	8	32	no	si	si	si	igual
4	femenino	19	90	8	27,79	1	si	si	no	peor
5	femenino	20	95	8	30,04	no	si	no	si	igual
6	femenino	16	95	8	25,73	no	si	si	no	igual
7	masculino	17	95	8	25	no	si	si	no	igual
8	femenino	20	95	8	41,01	1	si	si	si	igual
9	femenino	16	90	8	32,92	no	no	si	no	igual
10	masculino	17	95	8	27,18	no	no	si	si	igual
11	masculino	17	95	8	27,79	no	si	no	no	igual

MAYORES DE 70 AÑOS										
Pacientes	Sexo	FES-I	Escala de Barthel	Escala de Lawton y Brody	IMC	Caídas en el último año	Enfermedades asociadas	Actividad física	Dolor	Autopercepción
12	femenino	19	95	8	30,94	1+	si	si	si	igual
13	masculino	40	95	5	25,9	1+	si	no	si	igual
14	masculino	33	95	8	27,81	1	si	si	si	peor
15	masculino	23	95	8	31,64	no	si	no	si	peor
16	masculino	27	95	8	29,4	1+	si	si	si	igual
17	femenino	29	90	6	24,4	1+	si	no	no	igual
18	femenino	20	95	8	28,8	no	si	no	si	igual
19	femenino	21	85	8	31,7	no	si	si	si	igual
20	femenino	21	95	8	25,16	no	no	si	si	igual
21	masculino	19	95	8	30,14	no	si	si	si	igual

MAYORES DE 80 AÑOS										
Pacientes	Sexo	FES-I	Escala de Barthel	Escala de Lawton y Brody	IMC	Caídas en el último año	Enfermedades asociadas	Actividad física	Dolor	Autopercepción
22	femenino	27	95	8	27,63	no	si	si	no	igual
23	femenino	28	85	8	27,68	varias	si	si	no	peor
24	femenino	21	80	7	35,4	no	si	si	si	igual
25	masculino	30	90	8	27,57	no	si	si	si	igual
26	femenino	21	85	7	30,12	1	si	si	si	igual
27	femenino	33	70	4	22,3	varias	si	no	si	igual
28	masculino	26	85	8	35,98	varias	si	si	si	igual
29	femenino	23	90	7	29,29	no	si	no	si	igual
30	masculino	27	90	8	27,4	1	si	si	si	igual
31	masculino	19	95	8	28,4	no	si	si	si	igual

VII) DISCUSIÓN:

El estudio de Laguado Jaimes E. y Camargo Hernández K. encontrado en la revisión bibliográfica ha obtenido resultados comparables con los datos presentes en este estudio respecto a la edad, la dependencia del paciente y funcionalidad. Además, el estudio de Cantillo Bustillo J. y Rodríguez Pérez Y. concluye en que hay predominio de ancianos independientes para AVD como levantarse, comer, bañarse y vestirse. Según Lawton y Brody el 77,5% de los pacientes indexados en este estudio son independientes en las AVD.

La literatura especializada en el tema ha establecido una relación significativa entre comorbilidades y dependencia funcional, como lo ha dispuesto el estudio de Cano Gutiérrez C. y Borda M. Esto se refleja en el hecho de que el 100% de los pacientes seleccionados en el estudio que tienen algún tipo de dependencia funcional, tienen enfermedades asociadas.

Ha quedado de manifiesto también la relación entre el miedo de sufrir una caída con la posibilidad de sufrir una caída real como lo establece la literatura, ya que de los ancianos que tuvieron un puntaje mayor a 23 (la media de resultados en la toma de datos de este estudio) en la escala de FES-1, el 82% sufrió al menos una caída en el último año. Esto se asocia directamente con las comorbilidades ya que el 100% de ellos tienen enfermedades asociadas. Estos hallazgos van en línea con los encontrados en los estudios de Magalhaes Vitorino L. y Araujo Bastos Texeira C; y Souza López B. y Dos Santos Ribeiro R.

El estudio de Márquez Arabia J.J, ha establecido que el aislamiento social reduce la actividad física y evita actividades cotidianas lo que aumenta el riesgo de desarrollar enfermedades o empeorar patologías previas, tal como fueron los datos obtenidos en este estudio donde los ancianos que mantuvieron la realización de actividad física, redujeron la cantidad o intensidad de esta y muchos han dejado de realizarla. Esto es un gran riesgo debido a que, como ha dispuesto el estudio de Kai Liu y Ying Chen, los ancianos son los más susceptibles de contraer la enfermedad y que esta se presente de forma grave, Márquez Arabia ha obtenido como resultado que el aislamiento puede favorecer la conducta sedentaria, reducir la actividad física regular o evitar actividades cotidianas, lo que aumenta el riesgo de

desarrollar enfermedades o empeorar las patologías previas. Si a esto se le suma lo hallado en el estudio de Vega Rivero y Ruvalcaba Ledezma que las comorbilidades (enfermedad cardíaca, enfermedad respiratoria y diabetes) y la inmunodepresión son factores de riesgo importantes ante la vulnerabilidad y la gravedad de la enfermedad, queda en evidencia el gran riesgo que posee este grupo etario. Además, a esto se le puede sumar nuevamente un estudio de Márquez Arabia que ha postulado que permanecer totalmente inactivos durante el aislamiento de 1 a 2 semanas disminuye determinantes principales de la salud, como la fuerza muscular y la aptitud cardiorrespiratoria (consumo máximo de oxígeno) que son predictores independientes de mortalidad por todas las causas y se relacionan fuertemente con una disminución de la morbilidad general y la mortalidad cardiovascular, por lo que el aislamiento en esta población, no sólo aumenta la probabilidad de morir si se contrae coronavirus, sino que también aumenta la probabilidad de morir por enfermedades previas. De aquí la importancia de esta investigación, dejando en evidencia que dentro de las estrategias estatales y de organizaciones sanitarias a nivel mundial, no ha existido lugar para considerar sugerencias más específicas para este grupo de edad, como recomendaciones para la realización de ejercicios en sus residencias durante períodos de aislamiento y de la promoción e incentivo a investigadores para encontrar programas de entrenamiento domiciliario que tengan un impacto determinante en cuestiones como la fuerza muscular, aptitud cardiorrespiratoria, funcionalidad y la prevención de caídas en este grupo.

Es casi una regla actualmente que se tome a personas mayores de 60 años como adultos mayores, ancianos o personas de la tercera edad, aunque hay evidencia suficiente para afirmar que a esta edad cualquier persona puede tener un nivel funcional totalmente adecuado para realizar sus AVD, actividades laborales, actividades deportivas. Esto puede ser debido a un desfasaje histórico de los conceptos, ya que actualmente por ejemplo en la Argentina la esperanza de vida es de 80 y 74 años para mujeres y hombres respectivamente, pero hace 60 años la esperanza de vida era de 68 años para mujeres y 62 para hombres. Acompañado a estos años extras de vida que ha conseguido el humano como especie, los avances en medicina y estudios como la nutrición, kinefilaxia, retardaron los cambios propios del envejecimiento, provocando que el significado del concepto *anciano*, muchas veces no se adecúe a personas de 60 años.

Respecto al diseño del estudio, se ha presentado una complicación y esta fue la imposibilidad, por obvias razones de realizar las entrevistas de manera física, debido a esto todas fueron realizadas de manera virtual (llamado telefónico). Tal vez, los resultados podrían haber tenido algún tipo de variaciones si se hubiese utilizado otro tipo de modalidad en la recolección de datos. Esta toma de datos virtual, también ha limitado la posibilidad de incluir una variable relevante en la temática, la de salud mental o estado de ánimo. En diversas investigaciones se estudia las consecuencias en la salud mental y el estado de ánimo de este aislamiento o de incluso cualquier tipo de aislamiento social que pueda sufrir una persona, pero al tener en cuenta que en sólo un llamado telefónico, en muchos casos con personas ancianas a las que les costaba entender las consignas o incluso escuchar de manera clara, se tenía que realizar el consentimiento informado, un cuestionario de datos personales, y los tres cuestionarios, FES-1, Índice de Barthel y escala de Lawton y Brody (esto se realizaba en un promedio de 30 minutos), pareció excesivo la inclusión de otro cuestionario.

En cuanto a las características de la población, es difícil extrapolar los datos que se han recolectado en la misma para utilizarlos en otra población o incluso sería imposible generalizarlos a nivel provincial o nacional. Esto se debe a que el pueblo (o los pueblos) tiene algunas características tanto en su infraestructura como en la población que pueden ser relevantes al momento de analizar los comportamientos y costumbres de la misma. Para fundamentar esto se ha encontrado por ejemplo que el 100% de los pacientes indexados tienen un patio en sus casas, que en algunos casos podría haber provocado impacto positivo para la realización de ejercicios al aire libre.

VIII) CONCLUSIONES:

A mayor edad, mayor presencia de enfermedades asociadas, mayor cantidad de caídas, mayor presencia de dolor, mayor dependencia en las actividades de la vida diaria y mayor miedo a caer.

Como se encontró en la literatura específica, la presencia de caídas va siempre acompañada de comorbilidades. El 100% de los encuestados que relatan haber tenido alguna caída el último año, tienen enfermedades asociadas.

El 91% de la muestra no presenta el peso adecuado según IMC por lo que debería ser un aspecto a considerar ya que el 74% presenta dolor crónico y en su gran mayoría de rodilla por patologías degenerativas. En base a esto, se debería tener en cuenta la posibilidad de realizar una campaña de concientización o educación nutricional, y también las desventajas que puede traer aparejado un IMC alto en el aparato locomotor y la funcionalidad.

Se encontró la necesidad de fomentar la realización algún tipo de entrenamiento educacional y de equilibrio, ya que casi la mitad de la muestra presentó caídas en el último año, y el 25% de ésta presentó múltiples caídas.

Respecto a la funcionalidad, entre el 50% (según Índice de Barthel) y el 77,5% (escala de Lawton y Brody) son independientes totalmente. En ambos cuestionarios, los encuestados que presentan algún tipo de dependencia en su gran mayoría son de sexo femenino. Sexo femenino tiene mayor riesgo de empeorar su funcionalidad en la ancianidad.

Las personas que presentaron mayor dependencia, también son los que presentaron mayor miedo a sufrir una caída. A su vez, de manera inversa, los más independientes, fueron los que tuvieron menos miedo a sufrir un episodio de caída. Los scores de funcionalidad y miedo a caer, se condicen en los peores y mejores resultados, y no así en los intermedios.

Se considera necesario realizar más estudios de este tipo, intentando encontrar las consecuencias del aislamiento debido a la pandemia sobre la funcionalidad y el miedo a caer en adultos mayores a nivel mundial, ya que no se ha encontrado ningún artículo publicado con estas características.

Se observa un leve impacto negativo del aislamiento social obligatorio por COVID-19, sobre la funcionalidad y el miedo a caer en adultos mayores de San Jerónimo Sud, Argentina. Este fue más evidente en los adultos con más

comorbilidades, personas más añosas, sexo femenino y aquellos que realizaban algún tipo de rehabilitación física que requirió ser suspendida por la pandemia. Además el 16% de los indexados en el estudio relataron una peor autopercepción luego de un período de aislamiento.

IX) REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1-Alvarado García A. M. y Salazar Maya A. M. Análisis del concepto de envejecimiento. Gerokomos. 2014; 25(2):57-62 Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2014000200002>

2-Rubio Herrera R. Tres cuestiones sobre gerontología. En: Juan Antonio Maldonado molina. Materiales docentes de gerontología y protección de los mayores. 2018 Madrid: Dykinson, SL; 2018.p.17-25.

3-Instituto nacional de estadísticas y censos. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010 [sede web]. Buenos Aires. 2012. [Fecha de acceso 6 Mayo 2020] Disponible en: <http://www.indec.gob.ar>.

4-Estimaciones y proyecciones de población 2010-2040 total del país. [sede web]. Buenos Aires. Edwin A.M. 2013. [Fecha de acceso 2 Junio 2020]. Disponible en: https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/publicaciones/proyeccionesyestimaciones_nac_2010_2040.pdf

5-Argentina.gob.ar [sede web]. Buenos Aires: Ministerio de Salud; 30 Marzo 2020 [acceso 30 Julio 2020]. COVID-19: Recomendaciones para el cuidado de la salud en adultos mayores. [1]. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/noticias/covid-19-recomendaciones-para-el-cuidado-de-la-salud-en-adultos-mayores>.

6- Leyva Moral J.M. Cuidados de enfermería a la persona anciana. En: Carlos de Gispert/ Antonio Rovira/ Montse Alberte, María Villalba. Nuevo Manual de la Enfermería. 2da edición. Barcelona, España. Editorial Océano; 2012. Pág. 909-950.

7- Salud.gob.ar [sede web]. Rosario, Argentina: Nawojczyk E; Marzo 2017 [acceso 30 Julio 2020]. El derecho a la salud de las personas mayores en el derecho argentino [1]. Disponible en: <http://www.salud.gob.ar/dels/entradas/el-derecho-la-salud-de-las-personas-mayores-en-el-derecho-argentino>.

- 8- Belló M, Becerril-Montekio V. Sistema de salud en Argentina. [Internet]. 2011. [acceso 29 Julio 2020]; 53(2):96-108. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/spm/2011.v53suppl2/s96-s109/es>.
- 9- msal.gob.ar. [Sede web]. Buenos Aires, Argentina: Rossen M; 2020 [acceso 29 Julio 2020]. Módulo 5. Políticas de salud [138] Disponible en: http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001030cnt-modulo_5_politicas-salud.pdf.
- 10- Ministerio de salud de la República Argentina. Aislamiento social preventivo y obligatorio. [Sede web]. Argentina: [publicado 2 abril 2020. Acceso 15 Mayo 2020]. Disponible en: <Http://www.argentina.gob.ar/coronavirus/asilamiento/motivo>.
- 11- Personal de clínica Mayo. Enfermedad del coronavirus 2019 (covid-19) [sede web]. España. Brooks 5. Edwards, M.D; 2020 abril [acceso 2020 mayo 12]. Disponible en: <http://mayoclinic.org.es>.
- 12- OPS. Recursos de información relacionados con el nuevo coronavirus [sede web]. Bs. As, Argentina. 6 abril 2020. [Actualizado 6 de mayo 2020; acceso mayo 12 2020]. Disponible en: <http://paho.org/arg>.
- 13- Lic. Marilia Cortez Vidal. Conozca los efectos del aislamiento social y como evitarlos [sede web]. Chiclayo, Perú. [26 Marzo 2020. Acceso 15 Mayo 2020]. Disponible en: <Http://usat.edu.pe/articulos/opinion/salud>.
- 14- Izquierdo M. Aguado X. Efectos del envejecimiento sobre el sistema neuromuscular. [Internet]. 1998. [citado el 14 de mayo de 2020]; 15(66): 299. Disponible en: http://femede.es/documentos/Envejecimieto_neuromuscular_299_66.pdf
- 15- Lazcano B.G. Evaluación geriátrica multidimensional. En: Rodríguez G.R, Lazcano B.G. Práctica de la geriatría. 2da edición. México: Mc-Graw-Gill, 2007, pág. 83-104.

16- Medina B, Rodríguez G.R, García Mena L.A. Abatimiento funcional y falla para recuperarse en función de la funcionalidad. En: Rodríguez G.R, Lazcano B.G. Práctica de la geriatría. 2da edición. México: Mc-Graw-Gill, 2007, pág. 130-134.

17-Sanhueza Parra M, Castro Salas M y Merino Escobar J.M. Adultos mayores funcionales: un nuevo concepto en salud. [Internet]. 2005 [citado el 14 de Junio de 2020]; CIENCIA Y ENFERMERIA XI (2): 17-21. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532005000200004>.

18- Reyes G.J, Aguilar N.S. Evaluación geriátrica global. En: D. Hyver C, Gutiérrez R.L. Geriatría. 2da edición. México: el manual moderno, 2009, pág. 33-47.

19- Segovia Díaz de León M.G, Torres Hernández E.A. Funcionalidad del adulto mayor y el cuidado enfermero. Gerokomos. 2011; 22 (4): 162-166. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2011000400003>.

20- Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Programa nacional de envejecimiento activo y salud para los adultos mayores [sede web]. Buenos Aires, Argentina. INDEC; [Marzo 2007. Acceso 15 Mayo 2020].

21-Zavala-González M. A, Domínguez-Sosa G. Funcionalidad para la vida diaria en adultos mayores [internet]. 2011 [consulta 5 Agosto 2020]; 49 (6): 585-590. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2011/im116b.pdf>

22- Soberanes Fernández S, González Pedraza Avilés A, Moreno Castillo Y. Funcionalidad en adultos mayores y su calidad de vida. [Internet]. 2009. [consulta 5 Agosto 2020]; 14(4):161-72. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/473/47326415003.pdf>.

23- Terra Jonás L, Vitorelli Diniz Lima K, Soares M.I, Mendes M.A, Da Silva J.V, Ribeiro P.M. Evaluación de proceso de caídas en personas mayores ¿cómo hacerlo? Gerokomos. 2014; 25(1):13-16. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2014000100004.

24- López-Pérez K, Duarte-Climents G. ¿Riesgo de caídas o miedo a caerse? Ene. [Internet]. 2014. [Citado 2020 Jun. 18]; 8(3). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S1988-348X2014000300011>.

25- Quintar E, Giber F. Las caídas en el adulto mayor: factores de riesgo y consecuencias. En: Subunidad de Evaluación de Caídas del Adulto Mayor, Evaluación Funcional del Anciano, Programa de Medicina Geriátrica, Servicio de Clínica Médica del Hospital Italiano de Buenos Aires. CONSENSOS Y EDUCACIÓN EN OSTEOLOGÍA Consense, Documents and Osteology Education. Actualizaciones en histología 2014. Buenos aires. P.278-285.

26- Sousa L.M, Marques-Vieira, Alves C.M, Caldevilla, Guimarães Nogueira M.N, Henriques, Alves Dias C.M, Severino, Sandy S.P, Caldeira S. Instrumentos para evaluación del riesgo de caídas en los ancianos residentes en la comunidad [Internet]. 2016 [citado el 7 Agosto 2020]; ISSN 1695-6141: 490-505. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v15n42/revision4.pdf>.

27- Araya A.X, Herrera M.S, Iriarte E, Rioja R. Evaluación de la funcionalidad y fragilidad de las personas mayores asistentes a centros de día [Internet]. 2018 [citado el 7 Agosto 2020]; 146: 864-871. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v146n8/0034-9887-rmc-146-08-0864.pdf>.

28- Cid-Ruzafa J. y Moreno J.D. VALORACIÓN DE LA DISCAPACIDAD FÍSICA: EL INDICE DE BARTHEL [Internet]. 1997 [citado el 7 Agosto 2020]; 71: 177-137. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v71n2/barthel.pdf>.

29- Feijó F, Bonezi A, Stefen C, Polero P, Bona R.L. Evaluación de adultos mayores con tests funcionales y de marcha [Internet]. 2018 [citado 7 Agosto 2020]; 20(3): 1-15. Disponible en: <https://doi.org/10.24215/23142561e054>.

30- Pastor Jimeno J.C. Los efectos psicológicos de la COVID-19 [Internet]. 2020 [consulta 27 Agosto 2020]; 1759: 1-2. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ofal.2020.06.010>

31- Micó Segura J.A. Coronavirus COVID-19 y dolor crónico: incertidumbres [Internet]. 2020 [consulta el 27 Agosto 2020]; 27(2): 72-73. Disponible en: DOI: 10.20986/resed.2020.3808/2020

32- Ramirez Ortiz J, Castro Quintero D, Lerma Cordoba C, Yela Ceballos F, Escobar Cordoba F. CONSECUENCIAS DE LA PANDEMIA COVID-19 EN LA SALUD MENTAL ASOCIADAS AL AISLAMIENTO SOCIAL [Internet]. 2020 [consulta 27 Agosto 2020]. Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.303>

33-Gadella A, Sastre M.A, Maicas C, Rodriguez Padial L, Arias M.A. Infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST en tiempos de COVID-19: ¿regreso al siglo pasado? Una llamada de atención [Internet]. 2020 [consulta 27 Agosto 2020]; 73(7): 582-583. Disponible en: DOI: 10.1016/j.recesp.2020.04.012

34- Gimenez Rodriguez S. COVID-19 y personas mayores: ¿puede influir el aislamiento social en la enfermedad? [Sede web]. Estados Unidos: EDT; 2020 [acceso 31 Agosto 2020]. Disponible en: <https://theconversation.com/covid-19-y-personas-mayores-puede-influir-el-aislamiento-social-en-la-enfermedad-137517>

35- Centros para el control y la prevención de enfermedades. Soledad y aislamiento social vinculados a afecciones graves [Sede web]. Estados Unidos: EDT; 2020 [acceso 31 Agosto 2020]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/aging/spanish/features/lonely-older-adults.html>

36- Pesquín M.I. El ferrocarril central argentino y la tierra prometida. 1° ed. Rosario: Talleres Gráficos Fervil S.R.L; 2016.

37- Palacios R.J. Manual historiográfico del centenario de San Jerónimo Sud. 1° ed. San Jerónimo Sud. 1971.

38- Cano Gutiérrez C, Borda M, Reyes Ortiz C, Arciniegas A, Samper-Ternent R. Evaluación de factores asociados al estado funcional en ancianos de 60 años o más en Bogotá, Colombia. [Internet]. 2017 [acceso el 16 Octubre 2020]; 37(Supl.1):57-65. Disponible en: doi: <http://dx.doi.org/10.7705/biomedica.v37i1.3197>

- 39- Laguado Jaimes E, Camargo Hernández K, Campo Torregroza E, Martín Carbonell M. Funcionalidad y grado de dependencia en los adultos mayores institucionalizados en centros de bienestar. [Internet]. 2017 [acceso el 16 Octubre 2020]; 28(3):135-141. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v28n3/1134-928X-geroko-28-03-00135.pdf>
- 40- Cantillo Bustillo J, Rodríguez Pérez Y, Martínez Cantillo Y, Padilla Martínez F. Evaluación funcional del adulto mayor en la comunidad. [Internet]. 2019 [acceso el 16 Octubre 2020]; 23(6): 976-983. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rpr/v23n6/1561-3194-rpr-23-06-876.pdf>
- 41- Oliveira Martins H, Mayara de Aquiles Bernardo K, Santini Martins M, Marcon Alfieri F. Relación entre pruebas de equilibrio y movilidad, entre el miedo a caer y el número de caídas en los ancianos en un servicio de rehabilitación. [Internet]. 2017 [acceso el 20 Octubre 2020]; 52(4):223-232. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-pdf-S0211139X16301445>
- 42- Magalhaes Vitorino L, Araujo Bastos Teixeira C, Laís Vilas Boas E, Lopes Pereira R, Oliveira dos Santos N, Alves Rozendo C. Miedo de caer en ancianos residentes en su domicilio: factores asociados. [Internet]. 2017 [acceso el 20 de Octubre 2020]; 51:e03215. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2016223703215>
- 43- Sousa Lopes B, Dos Santos Ribeiro R, Dos Santos Barros V, El Afioni Lopes M, Gomes L, Moraes F.C. et al. La relación del miedo de caer con los eventos de caídas recientes y pasados. [Internet]. 2016 [acceso el 20 Octubre 2020]; 19(1): 47-58. Disponible en: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/27303/19328>
- 44- Lavedán Santamaría A, Jürschik Giménez P, Botigué Satorra T, Nuin Orrio C, Viladrosa Montoy M. Prevalencia y factores asociados a caídas en adultos

mayores que viven en la comunidad. [Internet]. 2014 [acceso el 20 Octubre 2020]; 47(6):367-375. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2014.07.012>

45- Martín I, Ribeiro O, Almeida R, Santos A. Caídas y temor a caer en los mayores de 75 años. [Internet]. 2013 [acceso el 20 Octubre 2020]; 24 (4): 158-163. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v24n4/03_comunicacion.pdf

46- Meléndez Moral J.C, Garzón Soler T, Sales Galán A, Mayordomo Rodríguez T. Efectividad de una intervención para reducir el miedo a caer en las personas mayores. [Internet]. 2014 [acceso el 20 Octubre 2020]; 14(2): 207-215. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v14n2/v14n2a08.pdf>

47- Vega Rivero J.A, Ruvalcaba Ledezma J.C, Hernández Pacheco I, Acuña Gurrola M, López Pontigo L. La Salud de las Personas Adultas Mayores durante la Pandemia de COVID-19. [Internet]. 2020 [acceso el 19 Octubre 2020]; 5(7):726-39. Disponible en: <https://revistas.proeditio.com/jonnpr/article/view/3772/HTML3772>

48- Kai Liu, Ying Chen, Ruzheng Lin, Kunyuan Han. Clinical features of COVID-19 in elderly patients: A comparison with young and middle-aged patients. [Internet]. 2020 [acceso el 19 Octubre 2020]; e14–e18. Disponible en: <https://www.journalofinfection.com/action/showPdf?pii=S0163-4453%2820%2930116-X>

49- Márquez Arabia J.J. Inactividad física, ejercicio y pandemia COVID-19. [Internet]. 2020 [acceso el 19 Octubre 2020]; 9(2): 43-56. Disponible en: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/viref/article/view/342196/20802578>

X) ANEXOS:

X. a) DOCUMENTACIÓN DEL PROCESO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

A. Información para el participante

Título del estudio: “Impacto del aislamiento social obligatorio por covid-19 sobre la funcionalidad y el miedo a caer en adultos mayores de San Jerónimo Sud, Argentina”

Profesional responsable: Lic. Virginia Soledad Anghilante

Estamos invitados a participar en el estudio “Impacto del aislamiento social obligatorio por covid-19 sobre la funcionalidad y el miedo a caer en adultos mayores de San Jerónimo Sud, Argentina”

a realizarse en San Jerónimo Sud, Santa Fe, Argentina, que tiene como objetivo analizar el impacto del aislamiento social obligatorio por covid-19, sobre la funcionalidad y el miedo a caer en adultos mayores de San Jerónimo Sud, Argentina. El mismo puede ser beneficioso para aportar a futuras estrategias políticas de prevención más integrales para salud de los adultos mayores.

Usted puede resultar muy beneficioso para esta evaluación y para luego evaluar la posibilidad de adoptar prácticas de entrenamiento y/o rehabilitación que le ayuden al mantenimiento y/o mejora de su funcionalidad y estado de salud.

Como parte del estudio se le harán encuestas. Las mismas no implican riesgos ni molestias para usted.

La participación en esta investigación puede ser beneficiosa para usted y se espera que los resultados que se obtengan con el estudio sean beneficiosos para las personas mayores de 60 años.

Su participación es voluntaria; usted tiene el derecho de retirarse del estudio en cualquier momento si así lo decide.

Si usted tiene dudas acerca del estudio puede contactar a los responsables de este para aclarar sus dudas; los datos de los profesionales a cargo figuran en la hoja de firmas.

La información que se recabe es estrictamente confidencial y se aplicará para dar respuesta a los objetivos del trabajo. Toda su información personal está protegida por la Ley argentina de Protección de Datos N° 25326, Dirección de Protección de Datos Personales dependiente del Ministerio de Justicia de la Nación.

En consecuencia la información que se elabore como resultado de la presente investigación será enunciada en un sentido general y no habrá ninguna referencia a cuestiones individuales o personales.

Los resultados que se logren podrán ser presentados en congresos y/o publicaciones y la identidad del paciente y de su familia no será revelada y su privacidad será preservada.

El proyecto se ajusta a los requisitos éticos, legales y jurídicos, establecidos en las normas bioéticas nacionales “Guía para Investigaciones en Salud Humana” (Resolución N° 1480/11, Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación) y “Régimen de buenas prácticas clínicas para estudios de farmacología clínica” (Disposición 6677/ 10), Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT).

B. Hoja de firmas

Me explicaron y leí antes de firmar sobre la participación en este trabajo de investigación.

Entendí de qué se trata: “Impacto del aislamiento social obligatorio por covid-19 sobre la funcionalidad y el miedo a caer en adultos mayores de San Jerónimo Sud, Argentina”

Sé que puedo decidir libremente mi participación en este estudio.

La participación es voluntaria y entendí que toda información personal que se recolecte es confidencial, y que no se me identificará en ningún momento.

He leído y comprendido la información contenida en este formulario; he podido hacer todas las preguntas que creí necesarias.

Se firman dos ejemplares iguales y se le entrega uno al firmante.

Firma del participante.....

Lugar y Fecha.....

Aclaración.....

DNI N°.....

Firma de testigo.....

Lugar y Fecha.....

Aclaración.....

DNI N°.....

Profesional que participó del proceso de Consentimiento informado

Firma.....

Aclaración.....

Lugar y Fecha.....

Para preguntas o información usted puede tomar contacto con:

Nombre y apellido: Lic. Virginia Soledad Anghilante Mat. 2319/2

Contacto: CAPS Dr. Roque Coulin Humberto Primo 2033 Rosario. Martes y Jueves
8 a 12hs.

virginiaanghilante@gmail.com 341-156744434.

X. b) CUESTIONARIO DE DATOS PERSONALES:

Nombre (fecha de toma de datos)

Edad:

Sexo:

Peso:

Altura:

Al día de la fecha, ¿se contagió de Covid-19?

Características de la vivienda:

Cantidad de personas con las que vive:

Actividad física (previa y durante el aislamiento):

Actividades domésticas y/o laborales (previas y durante el aislamiento):

Medicación:

Antecedentes médicos:

Caídas en el último año:

Caídas durante el aislamiento:

¿Presenta dolor?

Realización de algún tipo de rehabilitación física previo al aislamiento:

¿Siente que su nivel físico y funcional actual (al hacer las actividades) ha empeorado, mejorado o se mantiene igual en el último tiempo?

X. c) ÍNDICE DE BARTHEL:

Índice de Barthel

COMER

- 10 INDEPENDIENTE Capaz de comer por sí solo y en un tiempo razonable. La comida puede ser preparada y servida por otra persona
- 5 NECESITA AYUDA para comer la carne o el pan, pero es capaz de comer por el solo
- 0 DEPENDIENTE. Necesita ser alimentado por otra persona

VESTIRSE

- 10 INDEPENDIENTE Es capaz de quitarse y ponerse la ropa sin ayuda
- 5 NECESITA AYUDA Realiza solo al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable
- 0 DEPENDIENTE

ARREGLARSE

- 5 INDEPENDIENTE Realiza todas las actividades personales sin ninguna ayuda. Los complementos necesarios pueden ser provistos por otra persona
- 0 DEPENDIENTE Necesita alguna ayuda

DEPOSICION

- 10 CONTINENTE Ningún episodio de incontinencia
- 5 ACCIDENTE OCASIONAL Menos de una vez por semana o necesita ayuda, enemas o supositorios
- 0 INCONTINENTE

MICCIÓN (Valorar la situación en la semana anterior)

- 10 CONTINENTE Ningún episodio de incontinencia, capaz de utilizar cualquier dispositivo por sí solo
- 5 ACCIDENTE OCASIONAL Máximo un episodio de incontinencia en 24 horas. Incluye necesitar ayuda en la manipulación de sondas y otros dispositivos
- 0 INCONTINENTE

IR AL RETRETE

- 10 INDEPENDIENTE Entra y sale solo y no necesita ayuda de otra persona
- 5 NECESITA AYUDA Capaz de manejarse con una pequeña ayuda, capaz de usar el cuarto de baño. Puede limpiarse solo
- 0 DEPENDIENTE Incapaz de manejarse sin ayuda

TRASLADO SILLÓN-CAMA (Transferencia)

- 15 INDEPENDIENTE No precisa ayuda
- 10 MINIMA AYUDA Incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física
- 5 GRAN AYUDA Precisa la ayuda de una persona fuerte o entrenada
- 0 DEPENDIENTE Necesita grúa o alzamiento por dos personas. Incapaz de permanecer sentado

DEAMBULACION

- 15 INDEPENDIENTE Puede andar 50 metros o su equivalente por casa sin ayuda ni supervisión de otra persona. Puede usar ayudas instrumentales (muletas o bastón) excepto andador. Si utiliza prótesis debe ser capaz de ponérsela y quitársela solo.
- 10 NECESITA AYUDA Necesita supervisión o una pequeña ayuda física por otra persona. Precisa utilizar andador
- 5 INDEPENDIENTE (en silla de ruedas) en 50 metros. No requiere ayuda ni supervisión
- 0 DEPENDIENTE

SUBIR Y BAJAR ESCALERAS

- 10 INDEPENDIENTE Capaz de subir y bajar un piso sin la ayuda ni supervisión de otra persona
- 5 NECESITA AYUDA
- 0 DEPENDIENTE Incapaz de salvar escalones

< 20: dependencia total. 20-40: dependencia grave. 45-55: dependencia moderada. 60 o más: dependencia leve

X. d) ESCALA DE LAWTON Y BRODY:

Escala de Lawton y Brody	Puntos
CAPACIDAD PARA USAR EL TELEFONO:	
Utiliza el teléfono por iniciativa propia	1
Es capaz de marcar bien algunos números familiares	1
Es capaz de contestar al teléfono, pero no de marcar	1
No utiliza el teléfono	0
HACER COMPRAS:	
Realiza todas las compras necesarias independientemente	1
Realiza independientemente pequeñas compras	0
Necesita ir acompañado para cualquier compra	0
Totalmente incapaz de comprar	0
PREPARACION DE LA COMIDA:	
Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente	1
Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes	0
Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada	0
Necesita que le preparen y sirvan las comidas	0
CUIDADO DE LA CASA:	
Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional (para trabajos pesados)	1
Realiza tareas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas	1
Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza	1
Necesita ayuda en todas las labores de casa	1
No participa en ninguna labor de la casa	0
LAVADO DE LA ROPA:	
Lava por sí solo toda la ropa	1
Lavo por sí solo pequeñas prendas	1
Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro	0
USO DE MEDIOS DE TRANSPORTE:	
Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche	1
Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte	1
Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona	1
Utiliza el taxi o el automóvil sólo con la ayuda de otros	0
No viaja	0
RESPONSABILIDAD RESPECTO A SU MEDICACIÓN:	
Es capaz de tomar su medicación a la dosis y hora adecuada	1
Toma su medicación si la dosis es preparada previamente	0
No es capaz de administrarse su medicación	0
MANEJO DE SUS ASUNTOS ECONÓMICOS	
Se encarga de sus asuntos económicos por sí solo	1
Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras	1
Incapaz de manejar dinero	0

X. e) FES-1:

FES-I

Ahora le queremos hacer algunas preguntas relacionadas con su preocupación sobre la posibilidad de caerse. Para cada una de las actividades siguientes, por favor haga un círculo en la frase que más se aproxime a su opinión que muestre la medida en que está preocupado/a que pueda caerse si hiciera esta actividad. Por favor conteste pensando en la manera habitual que tiene de realizar la actividad. Si Ud. no realiza actualmente actividad (ej., si alguien compra por usted), por favor conteste en relación a mostrar si usted estaría preocupado/a de caerse SI usted realizara dicha actividad.

		<i>En absoluto preocupado/a 1</i>	<i>Algo preocupado/a 2</i>	<i>Bastante preocupado/a 3</i>	<i>Muy preocupado/a 4</i>
1	Limpiar la casa (ej., barrer, pasar la aspiradora o limpiar el polvo)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
2	Vestirse o desvestirse	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
3	Preparar comidas cada día	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
4	Bañarse o ducharse	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
5	Ir a la compra	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
6	Sentarse o levantarse de una silla	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
7	Subir o bajar escaleras	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
8	Caminar por el barrio (o vecindad, fuera de casa)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
9	Coger algo alto (por encima de su cabeza) o en el suelo	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
10	Ir a contestar el teléfono antes de que deje de sonar	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
11	Caminar sobre una superficie resbaladiza (ej., mojada o con hielo)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
12	Visitar a un amigo o familiar	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
13	Caminar en un lugar con mucha gente	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
14	Caminar en una superficie irregular (ej., pavimento en mal estado, sin asfaltar)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
15	Subir y bajar una rampa	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
16	Salir a un evento social (por ejemplo, religioso, reunión familiar o reunión social)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>