



UNIVERSIDAD DE JAÉN
Facultad de Ciencias de la Salud

Trabajo Fin de Grado

**Programa de educación
para la salud dirigido a
disminuir la incidencia
de caídas en personas
mayores.**

Alumno: Sánchez-Romero, Cristian

Tutor: Prof. D. Contreras-Castellano, Francisco
Dpto: Ciencias de la Salud

Junio, 2017



UNIVERSIDAD DE JAÉN
Facultad de Ciencias de la Salud

Trabajo Fin de Grado

**PROGRAMA DE EDUCACIÓN
PARA LA SALUD DIRIGIDO A
DISMINUIR LA INCIDENCIA DE
CAÍDAS EN PERSONAS
MAYORES**

Alumno: Sánchez-Romero, Cristian

Una firma manuscrita en tinta azul, que parece ser "Cristian", sobre una línea horizontal.

Junio, 2017

RESUMEN:

En la actualidad estamos presenciando un gran cambio en el envejecimiento de la población, la esperanza de vida se ve aumentada cada año, sobre todo en los países desarrollados. En un futuro propiciara que exista una población anciana, propensa a sufrir caídas y padecer enfermedades crónicas y degenerativas. En nuestras manos esta encontrar una solución a este problema que cada año preocupa más a la sociedad en la que vivimos. Debemos elaborar intervenciones educativas que consigan prevenir y reducir este síndrome geriátrico que tan alta incidencia, morbilidad y consecuencias (físicas, sociales, psicológicas y económicas) provoca. En el programa desarrollado a continuación se explicara el problema de este síndrome geriátrico en la actualidad junto con los factores de riesgo que nos pueden llevar a sufrir una caída, las consecuencias que estas pueden tener y los problemas que pueden provocar para dar paso a un Programa de Educación para la Salud para prevención de caídas orientado a las personas mayores de 65 años de Lebrija (Sevilla).

Palabras clave: caídas, factores de riesgo, prevención, epidemiología, consecuencias, personas mayores, ejercicios, actividades, ancianos, problemas socioeconómicos.

ABSTRACT:

At present we are witnessing a great change in the aging of the population, life expectancy is increasing every year, especially in developed countries. In the future, there will be an elderly population, prone to chronic and degenerative diseases with a tendency to falls. It is in our hands to find a solution to this problem which worries our society more every year. We must develop educational interventions that can prevent and reduce this geriatric syndrome that causes such a high incidence of morbidity and mortality (physical, social, psychological and economic). The program developed below will explain the problem of this geriatric syndrome nowadays together with the risk factors that they can lead us to suffer a fall, the consequences that these can have and the problems that can cause to give way to a Program Of Education for Health for the prevention of falls aimed at people over 65 years of age Lebrija (Seville).

Key words: falls, risk factors, prevention, epidemiology, consequences, elderly people, exercises, activities, aging, Socioeconomic problems

Índice:

1. Título o eslogan y logotipo:	5
2. Introducción:	6
2.1 Salud y longevidad en la actualidad:	6
2.2 Concepto de caída:	8
2.3 Epidemiología y correlación del mayor y las caídas	8
2.4 Factores de riesgo	11
2.5 Consecuencia de la caída en el anciano.	12
2.6 Coste socio-económico	13
3. Análisis de la situación de la población diana	14
3.1 Características del grupo receptor al que va dirigido el programa de prevención:	14
3.1.1 Características demográficas de la población:	15
3.1.2 Aspectos socioeconómicos:	16
3.2 Identificación de las necesidades educativas. (Método PRECEDE)	17
4. Definición de objetivos:	20
4.1 Objetivos generales:	20
4.2 Objetivos específicos:	20
5. Contenidos educativos:	21
6. Estrategias del programa	21
6.1 Estrategias de captación:	21
6.2 Estrategias de intervención:	22
7. Previsión de recursos	23
8. Diseño de evaluación	24
9. Organización de las intervenciones.	27
10. Bibliografía:	37
11. Anexos:	40

1. Titulo o eslogan y logotipo:

- Un día SEGURO, ¡SEGURO que es un gran día!

Con el eslogan queremos captar la atención y a la vez transmitir motivación, ganas y esperanza a este grupo de personas al que tanto afecta este síndrome geriátrico, queremos hacer llegar al participante la idea que queremos conseguir con este programa que no es otra que aumentar su seguridad y disminuir así la incidencia de caídas.

En la parte central del logo observamos a dos personas mayores, un hombre que se ayuda de un bastón mientras camina y una mujer que lo acompaña agarrada su brazo, representan la población diana a la que va dirigido este programa de prevención. La figura se ve rodeada por dos grandes mano que simbolizan la ayuda que pueden proporcionar los profesionales de la salud ante el problema de las caídas en la tercera edad.



2. Introducción:

2.1 Salud y longevidad en la actualidad:

En las últimas décadas, el aumento de la esperanza de vida ha sido uno de los cambios más significativos. La proporción de personas mayores de 65 años está aumentando más rápidamente que cualquier otro grupo de edad, siendo el de mayores de 80 años el grupo más vulnerable ^{1, 2,3}.

En la actualidad, en España la población anciana asciende a un 18% de la población total pudiendo alcanzar un 23,3% en el año 2021 y un 22,3% en el año 2026, situándose entre los países con mayor envejecimiento de población ⁴.

Para el año 2050 se calcula que la población mundial de más de 65 años se multiplique por tres, llegando a una cifra cercana a los 1.500 millones de habitantes. Según las proyecciones de población de Naciones Unidas en dicha fecha, algo más del 25% de la población de los países desarrollados tendrá más de 65 años y aproximadamente el 14% en los países en vías de desarrollo ⁵.

No siempre se asocia el aumento de la esperanza de vida a una buena calidad de ésta. Según datos analizados, la esperanza de vida con una salud aceptable en España se sitúa en 59 años para mujeres y en 61 años para hombres ⁶.

Este mayor envejecimiento de la población es un hecho de una importante transcendencia social y con gran repercusión en la organización de los servicios sanitarios, cabe destacar que dos de las actuaciones más importantes para conseguir un envejecimiento libre de incapacidad son el ejercicio físico y la alimentación, ya que no es suficiente con vivir más años, sino que hay que vivirlos con calidad conservando la funcionalidad física y mental, la independencia y la mayor autonomía posible ⁷.

Se puede considerar un triunfo de las políticas de salud pública y el desarrollo socioeconómico tal envejecimiento. Pero, con este aumento de esperanza de vida comienzan a aparecer enfermedades crónicas y degenerativas, al igual que límites que debilitan en las personas mayores la percepción de su nivel de salud. Por lo tanto se ha llegado a un nuevo reto en la sociedad, que debe ajustarse, para intentar mejorar las capacidades funcionales de este grupo y su seguridad para que puedan vivir con la mayor calidad posible ⁸.

Al hablar de población mayor de 65 años se observa que existen diferentes grupos que se organizan según su estado de salud. Brevemente se explicaran los diferentes tipos siguiendo las directrices de la sociedad española de Geriatria y Gerontología ⁹:

1.-Adulto mayor sano: se caracteriza por tener unas cualidades físicas, mentales y sociales acordes con su edad cronológica. Individuo de más de 65 años sin ninguna patología diagnosticada.

2.-Adulto mayor enfermo : individuo de más de 65 años que padece algún tipo de afección, ya sea aguda o crónica, en diferente grado de gravedad, que no le invalida y que no cumple los criterios de paciente geriátrico.

3.-Adulto mayor frágil o de alto riesgo (AAR): individuo mayor que por su situación física, psíquica y funcional se encuentra inestable, con gran probabilidad de convertirse en una persona dependiente e incluso necesitar la institucionalización. Se considera si cumple las siguientes características: Vivir sólo, enviudamiento reciente, cambio de domicilio, enfermedad crónica que condiciona incapacidad, hospitalización, consumo de 3 fármacos o más, incapacidad funcional, deterioro cognitivo y/o demencia, depresión, economía insuficiente, que necesite atención médica en su domicilio una vez al mes, adultos mayores que se encuentren institucionalizados.

4.-Adulto mayor geriátrico: individuo que cumple 3 o más de las siguientes características: tener más de 75 años, padecer una pluripatología, que la enfermedad principal que padece sea incapacitante, sufrir enfermedad mental, tener una problemática social debido a su estado de salud.

5º- Persona mayor que se encuentra en situación de final de la vida: individuo que padece enfermedad en fase terminal con una esperanza de vida baja, normalmente menores de 6 meses.

2.2 Concepto de caída:

La OMS define las caídas como “consecuencia de cualquier acontecimiento que precipite al paciente al suelo en contra de su voluntad”. Las caídas producen en el paciente anciano una elevada morbilidad y mortalidad. Es uno de los grandes síndromes geriátricos. Es interesante a su vez la definición de la novena revisión de la Clasificación internacional de enfermedades que dice que una caída es “un cambio en la posición del sujeto, que ocurre de forma brusca y no intencionada y que lleva al sujeto a quedar tendido en un nivel inferior sobre un objeto, el suelo u otra superficie” ^{10,11}.

Una caída es la interacción entre factores de riesgo (enfermedades crónicas, alteraciones del equilibrio y la marcha, fármacos, etc) y exposición a situaciones de riesgo que se deben tener colectivamente en cuenta.

La caída en un anciano no es un hecho impredecible o inevitable, debido al azar o al envejecimiento normal del individuo. En la mayoría de los casos se trata de una inadaptación entre el anciano y su entorno de origen multifactorial, la posibilidad de padecer una caída se ve aumentada junto con el aumento de factores de riesgo que puedan llegar a acumularse en un determinado momento.

2.3 Epidemiología y correlación del mayor y las caídas

El proceso de envejecimiento de la población no es homogéneo, se observan diferencias en las condiciones de salud de los individuos según sexo, condiciones socioeconómicas, lugar de residencia, entre otras características. En este sentido, se reconocen estratos específicos de la población que conforman grupos con una vulnerabilidad particular derivada de las condiciones de pobreza, en donde los problemas de dependencia funcional podrían ser más relevantes ¹².

En España los estudios epidemiológicos, en relación a las caídas de mayores que residen en una comunidad durante un periodo mínimo de 1 año nos indica que existe una incidencia acumulada aproximada de un 26%. Este índice se ve elevado cuando hablamos de instituciones donde puede llegar hasta un 45 %, como se puede observar por ejemplo en un estudio de Bueno Cavanillas et (cuadro 1) ^{13, 14}.

CUADRO 1. Análisis de frecuencia de caídas en mayores en España				
<u>AUTOR</u>	<u>AÑO</u>	<u>DISEÑO</u>	<u>GRUPO DE COMUNIDAD Y EDAD</u>	<u>INCIDENCIA ACUMULADA (1 AÑO)</u>
Méndez et al	1997	TRANSVERSAL	COMUNIDAD/ (+65)	1 o + caídas: 14 %
Bueno et al	1999	ECP	INSTITUCION/ (+65)	1 o + caídas: 44,7 %
Pujiula et al	2003	TRANSVERSAL	COMUNIDAD/ (+70)	1 o + caídas: 28,9-32 % 2 o + caídas: 10-11,8 %
Séculi et al	2004	TRANSVERSAL	COMUNIDAD/ (+65)	1 o + caídas: 17,9 %
Salva et al	2004	ECP	COMUNIDAD/ (+65)	1 o + caídas: 32,1 % 2 o + caídas: 8 %
Varas-Fabra et al	2006	TRANSVERSAL	COMUNIDAD/ (+70)	1 o + caídas: 31,78 % 2 o + caídas: 12,98 %

Elaboración propia.

Fuente: da Silva Gama ZA, Conesa AG. Factores de riesgo, morbilidad y consecuencia de las caídas en ancianos. Fisioterapia. 2008;30(3):142-51

Éste síndrome geriátrico causa una alta morbilidad, mortalidad, pérdida funcional e ingresos precoces en residencias de ancianos entre otros. Podemos estar ante el primer síntoma de una enfermedad no diagnosticada y puede ser un indicador a la hora de establecer los criterios que nos permitan identificar al "anciano frágil". Representa graves problemas epidemiológicos y un importante problema dentro de la patología geriátrica, siendo culpable de multitud de efectos sobre todo sociales y económicos ^{2,13, 14,16}.

Las caídas se encuentra en la segunda posición en la lista de causa mundial de muertes provocadas por lesiones accidentales o no intencionadas. Se calcula que anualmente mueren en todo el mundo unas 424 000 personas debido a caídas, y más de un 80% de esas muertes provienen en países de bajos y medianos ingresos. Los mayores de 65 años son quienes sufren más caídas mortales ¹⁵.

En España existe una población total aproximada de 7.500.000 personas mayores (+65), de estos el 16,7% en relación al total se ve bastante afectado por este síndrome. Se espera que España acompañada por países como Japón e Italia entre otros, se convierta en 2050 en uno de los países mas envejecidos del mundo según un informe proporcionado por la Organización de las Naciones Unidas (ONU). Esto se deberá a que la esperanza de vida en España es muy elevada, aproximadamente 82 años en la mujer y 75 años en el hombre, lo que nos augura un porvenir con una población mayor, con tendencia a la enfermedades crónicas, degenerativa y a las caídas ^{13,14,17}.

En la actualidad hasta un 20% de los hombres y un 40% de mujeres con 65 años o más tienen antecedentes de caídas. Se estima que 1/3 mayores sufren una caída al año, casi la mitad vuelven a caer nuevamente, elevándose esta cifra aproximadamente hasta un 40% en los mayores de 75 años. Observando la prevalencia destaca que es mayor en la mujer hasta los 75 años, a partir de los cuales se iguala. La incidencia de caídas al año aumenta el 25% entre los 65-70 años, y un 35% después de los 75 años. En personas hospitalizadas el riesgo de caídas aumenta ^{13,14,18,19,22}.

En los mayores institucionalizados cabe destacar que existe un predominio diurno de las caídas, lo que nos hace ver que las caídas van relacionadas con la mayor actividad ²³.

La conclusión que se puede apreciar después de observar todos los datos aportados es que en España no se ha conseguido por el momento disminuir la incidencia de caídas, se necesita urgentemente solucionar el problema y proteger en la medida de lo posible a nuestros mayores.

2.4 Factores de riesgo

Se debe ser consciente de que envejecer tiene consecuencias a nivel físico y psicológico provocando una reducción de la capacidad funcional (alteraciones del equilibrio, la marcha y la fuerza) y aumentando la aparición de factores de riesgo que elevan las probabilidades de sufrir una caída, cuantos más factores de riesgo se acumulen en un momento determinado más posibilidades de caer habrá. La posibilidad de que una caída nos provoque una lesión de una gravedad mayor dependerá de las circunstancias que engloben dicha caída a la vez que de las características intrínsecas del sujeto que la sufre.

Dentro de estos factores se distinguen dos, los factores intrínsecos que son los que dependen del sujeto (edad avanzada, enfermedad, debilidad muscular, déficit visual, equilibrio alterado, problemas en la marcha...) y los factores extrínsecos que son los que dependen del exterior, los que rodean al sujeto (suelos resbaladizos, iluminación insuficiente, calzado inadecuado...) (Anexo 1).

Por supuesto no todos los mayores se ven afectados de igual forma por estos factores, los cambios intrínsecos relacionados con la edad pueden variar según el sujeto, por ejemplo un mayor con una vida activa y sana que cuide medianamente su nutrición y haga ejercicio para mantenerse en forma estará mejor preparado para afrontar esos riesgos que un mayor con una vida más sedentaria y menos cuidada o un mayor que padezca algún tipo de enfermedad crónica o degenerativa.

Varios estudios afirman que existen similitudes entre el riesgo de caídas y el nº de factores de riesgo, por ejemplo el estudio de Tinetti et al trata sobre el análisis de mayores pertenecientes a la comunidad y mostraron que el nº de sujetos que sufren una caída se elevaba desde un 27% en las que estaban expuestas a 1 factor de riesgo o menos hasta un 78% en las que se exponían a 4 o más¹³.

Otro estudio es el de Stalenhoef et al, que realizó una revisión sistemática y mediante observación estudio a mayores de la comunidad, los resultados mostraron que casi la totalidad de los factores de riesgo de caídas son intrínsecos como por ejemplo la vejez, alteraciones de equilibrio, déficit cognitivo, consumo de fármacos, ictus y el alto nivel de dependencia. Parece ser que los factores extrínsecos no fueron relevantes en los catorce estudios que se realizaron¹³.

Un factor importante que aumenta con la edad y que debe tratarse es el relacionado con los fármacos que pueden provocar efectos secundarios propiciando un aumento de caída. Los que se consideran más peligrosos en este aspecto son los psicofármacos o los que tienen impacto sobre el sistema nervioso central. Se debe destacar también a los que vienen provocados por una situación de riesgo que se pueda dar en el entorno del mayor como los que necesiten de un esfuerzo físico y coordinación de movimientos o los cambios de posición ¹³.

Se debe ser consciente de la problemática que estos factores causan y de la importancia que pueden llegar a tener el desarrollo de estrategias y Programas de EpS para estimular y motivar a las personas mayores en su propio cuidado personal y aumentar el conocimiento de estos factores por parte de los mayores para que los conozcan y puedan así evitarlos en la medida de lo posible en su día a día.

2.5 Consecuencia de las caídas en el anciano

El mayor número de caídas se producen en el hogar o en sus alrededores, generalmente durante el desempeño de actividades cotidianas como caminar, cambiar de posición e ir al cuarto de baño. La caída puede tener consecuencias, tales como lesiones, fracturas, incapacidades funcionales, pérdida de la independencia, ingreso en instituciones sanitarias, e incluso la muerte.

Las complicaciones derivadas de las caídas en los mayores (+65 años) representan la principal causa de mortalidad por accidente. En torno a un 10% provocan lesiones de gravedad como por ejemplo una de las más importantes que es la fractura de cadera o el hematoma subdural. Aproximadamente el 20% de las caídas tienen la necesidad de asistencia médica siendo este problema el causante de alrededor del 10% de las visitas en urgencias y del 6% de las hospitalizaciones en mayores ^{14,18}.

Como hemos mencionado anteriormente la fractura de cadera es la más frecuente y es la que provoca más complicaciones (5%) esto hace que se vuelva más vulnerables a los mayores para la hospitalización y dependencia, y la mortalidad se eleva al 15% para personas de la comunidad y 45% para aquellos que están en instituciones. Las caídas son la causa principal de fracturas de cadera en el anciano, comprobándose que el 88% de las fracturas de cadera se deben a caídas, y únicamente un 8% eran consecuencia de accidentes y un 3% de fracturas patológicas ¹⁸.

Las caídas además de su elevada morbilidad están estrechamente relacionadas con un descenso de la movilidad y de la capacidad para poder realizar AVD, con una gran pérdida de confianza y de la seguridad, un aumento del miedo a que le pueda volver a pasar, depresión, aumento de la necesidad de tener una persona que los cuide incluso de tener que ingresar en una institución con las consecuencias que eso conlleva (familiares, sociales y económicas) ^{18,19}.

En España, según la base de datos europea sobre mortalidad de la OMS ⁷, sucedieron alrededor de 1.668 muertes provocadas directamente por caídas accidentales en el año 2004 (cuadro 2). Este porcentaje se eleva cada año y en la mayoría afecta a las personas con 65 años o más.

CUADRO 2. MORTALIDAD ANUAL RELACIONADA A CAIDAS ACCIDENTALES EN ESPAÑA				
AÑO	2001	2002	2003	2004
Nº CAIDAS EN ANDALUCIA	194	236	251	278
TOTAL EN ESPAÑA	1485	1590	1624	1668

Elaboración propia.

Fuente: WHO/Europe, European mortality database (MDB). Disponible en: <http://www.euro.who.int/fr/data-and-evidence/databases>

2.6 Coste socio-económico

Conforme envejecemos la posibilidad de padecer una caída aumenta considerablemente, y esto significa a su vez un gran coste económico y social.

Tanto para el paciente como para sus familiares y/o cuidadores el coste social al que se enfrentan puede verse aumentado. Tras sufrir una caída se provoca un aumento de los recursos sociosanitarios necesarios debido a las complicaciones que pueden ir apareciendo que puede llegar a derivar en la institucionalización de los ancianos ^{23, 24, 25}.

El coste económico de las caídas es también elevadísimo a la vez que difícil de valorar ya que dependiendo del tipo de lesión, las complicaciones en las que pueden derivar y el tiempo necesario para la recuperación sumara más o menos cantidad ^{24, 25, 26,27}.

Para hacernos una idea aproximada del coste que todo esto puede llegar a acarrear se observa un estudio realizado en Holanda donde se valoraron los ingresos en hospital de diez países de la UE (Unión europea) donde se incluye España y se utilizó la misma clasificación, metodología, los costes y la evaluaciones para apreciar y poder comparar los riesgos potenciales y las lesiones en una operación. El resultado obtenido señalo que en todos los países, los mayores con 65 o más años presentan un gasto elevadísimo en los hospitales, siendo la mayor parte de los gastos provocados por fracturas de cadera y rodilla. Otro estudio realizado en España dirigido a las fracturas osteoporótica de femur, cifra su precio en 26.622.176 €, al cual se le añadirían los costes que se derivan de recursos humanos y los materiales para el cuidado sociosanitario en el hogar y la elevación de los ingresos en instituciones ^{24, 25, 26,27}.

Dentro del grupo de personas mayores de 65 años las caídas pasaran a ser el factor provocador de hospitalizaciones. Las caídas y las lesiones que producen superan el 80% de los ingresos hospitalarios entre los mayores de 65 años. El desembolso público por la asistencia a mayores son muy elevados por lo que las repercusiones económicas deben de tenerse en cuenta ¹⁵.

Por tanto, disminuir la incidencia de las caídas de los ancianos es el propósito de muchas instituciones, profesionales e investigadores.

3. Análisis de la situación de la población diana

3.1 Características del grupo receptor al que va dirigido el programa de prevención:

El programa que estamos creando va dirigido a la prevención de caídas en mayores (+65) del Centro de Salud de Lebrija. Se ha elegido este grupo de edad al ser el grupo en el que se produce un incremento mayor de las caídas.

A continuación se detallara una descripción sobre la población a la que va dirigida la EpS.

3.1.1 Características demográficas de la población:

El grupo de personas a los que se enfoca el programa de EpS son usuarios/as mayores del Centro de Salud de Lebrija (Sevilla). Dicho Centro de Salud se encuentra en el municipio de de Lebrija con una población de 27.398 habitantes según el Instituto Nacional de Estadística (INE) en el 2016. Está situado en el extremo meridional de la provincia de Sevilla, siendo limítrofe con la de Cádiz. Se localiza en los terrenos finales de la Campiña y en las marismas del Bajo Guadalquivir.

Lebrija pertenece a una región geográficamente homogénea. Su término municipal, es uno de los más extensos de la provincia de Sevilla, ocupa una superficie aproximada de 37.190 Has y limita con los de Las Cabezas de San Juan, Trebujena, Arcos, Jerez de la Frontera y Espera, constituyendo la de Lebrija el área más lejana de la provincia en dirección suroccidental ³³.

Población de Lebrija por sexo y edad 2016 (grupos quinquenales)			
Edad	Hombres	Mujeres	Total
0-5	704	682	1.386
5-10	924	884	1.808
10-15	812	796	1.608
15-20	792	779	1.571
20-25	841	750	1.591
25-30	849	824	1.673
30-35	1.004	937	1.941
35-40	1.130	1.093	2.223
40-45	1.298	1.253	2.551
45-50	1.208	1.238	2.446
50-55	1.024	1.037	2.061
55-60	796	725	1.521
60-65	604	597	1.201
65-70	518	509	1.027
70-75	425	515	940
75-80	343	434	777
80-85	271	394	665
85-	140	268	408
Total	13.683	13.715	27.398

Elaboración: Foro-ciudad.com

Fuente: INE.

Se puede observar que globalmente la población está prácticamente repartida en partes iguales en cuanto a género se refiere, como se puede observar el nº de personas en los distintos grupos de ambos sexos son parecidos. En las edades ancianas el género femenino es predominante conforme avanza la edad. Centrando la observación en el grupo diana (+65) tenemos un total de 3.817 habitantes de los cuales 1.697 son hombres y 2.120 mujeres.

3.1.2 Aspectos socioeconómicos:

En este sentido cabe indicar que demográficamente Lebrija sigue en aumento. Los recursos humanos con los que cuenta son uno de los elementos que más afectan al desarrollo sostenible, puesto que incide de manera más directa en el ámbito económico, social y medioambiental.

La proporción de paro femenino y de jóvenes en Lebrija es de destacar. En el caso del paro femenino, las cargas familiares son obligaciones asumidas por las mujeres, lo que supone una dificultad para el acceso y consolidación dentro del mercado laboral. En el caso de los jóvenes nos encontramos con jóvenes sin titulación y sin experiencia o con escasa experiencia laboral fundamentalmente en labores agrarias.

Su principal fuente de ingreso es la agricultura, destacando la remolacha azucarera como cultivo de regadío fundamental junto con el algodón y el trigo como principal cultivo de secano. También se puede destacar en cuanto a los cultivos, la implantación de productos hortofrutícolas, con el tomate de industria como principal referente y su antigua tradición vinatera. Las uvas cultivadas en su término pueden ser usadas para hacer jereces, pero además existe una denominación de origen propia “Vino de calidad de Lebrija” cuyos vinos han triunfado en numerosos concursos internacionales. En cuanto a la artesanía, Lebrija también es conocido por su gran tradición alfarera.

Por lo tanto podemos decir que estamos ante una ciudad en la que la mayoría de sus habitantes se ven ubicados en el sector primario, existe una elevación en el grado cultural en los últimos años debido a que los jóvenes cada vez llegan más lejos en sus estudios, dato que no afecta a las personas mayores residentes en la comunidad, ya que en su gran mayoría ha trabajado en el sector primario toda la vida y sus estudios son escasos o nulos, población a la que va dirigida este programa, por lo tanto habrá que adecuarse a su nivel cultural para conseguir la mayor cercanía con nuestros participantes y el mayor porcentaje de éxito del programa.

3.2 Identificación de las necesidades educativas. (Método PRECEDE)

Para llevar a cabo el análisis de las necesidades educativas de nuestra población diana y posterior intervención, usaremos el MÉTODO PRECEDE que está diseñado para evaluar los requisitos educativos de un grupo de población permitiéndonos reconocer los factores predisponentes, facilitadores y reforzadores de una conducta ²⁸.

-Factores predisponentes de la conducta: como pueden ser la actitud y creencias sobre la seguridad. Conocer la gravedad que esta problemática conlleva, la apreciación del riesgo tan grave que implica sufrir una caída y el entendimiento de las consecuencias que las caídas pueden provocar en ellos y en la sociedad.

- Factores facilitadores de la conducta (personales y ambientales): como pueden ser el correcto acceso al Centro de Salud donde tendrán lugar los programas de EpS, el tener interés y estar motivado por parte de los participantes para aprender habilidades que los lleven a mejorar en el problema en cuestión.

- Factores reforzadores de la conducta: los factores reforzadores son los que se manifiestan cuando la conducta se encuentra ya establecida como por ejemplo el placer o satisfacción que puede aparecer tanto psicológica como física en el sujeto por volver a sentirse un miembro activo más de la sociedad y la enhorabuena que recibe el sujeto por parte de su entorno y de los profesionales.

METODOS PRECEDE		
	POSITIVOS	NEGATIVOS
PREDISPONENTE	- Conocimiento y participación de otras personas mayores en programas de educación para prevenir las caídas. - Comprender la utilidad que proporciona la realización de ejercicio para disminuir el riesgo de caídas y así ayudar en su prevención.	- Falta de información referente a los programas de EpS, por una difusión escasa de los profesionales de la salud o por poca publicidad en la comunidad. - Falta de interés, considerar que los programas de EpS no sirven para nada y que es

PROGRAMA DE EPS DIRIGIDO A DISMINUIR LAS CAIDAS EN PERSONAS MAYORES

	-Conocer las restricciones que van apareciendo con la edad para así realizar los ejercicios adecuados a su capacidad. -Desarrollar ejercicio físico con la ayuda de cuidadores o familiares que los animen y motiven. -Poseer un estilo de vida activo - Ser consciente de la importancia del tema que se está tratando.	- perder el tiempo. - Mitos erróneos “estas muy mayor para aprender algo nuevo”. -No conocer la gravedad de dicho problema. -No saber que otros mayores realizan ejercicio físico.
--	---	---

METODOS PRECEDE		
	POSITIVOS	NEGATIVOS
FACILITADORES	- Parques y instalaciones cercanas para actividad física. -Facilidad por parte de los medios de transporte público para el transporte de nuestros mayores. -Familiares y personas del entorno con una vida sana y activa que los motiven.	-Uso inadecuado de implementos de seguridad (bastón, andador...) -No tener unos buenos conocimientos sobre la realización del ejercicio físico adecuado. -No tener compañía a la hora de realizar los ejercicios.

METODOS PRECEDE		
	POSITIVOS	NEGATIVOS
REFORZANTES	- Ver mejoría. - Crearse unas expectativas y objetivos adecuado, que se puedan conseguir para evitar la desmotivación y frustración - Observar los beneficios de la práctica de ejercicio al sentirse más fuertes y rápidos, tener más equilibrio...	- Volver a caerse durante el período esto hará que duden de la efectividad del programa. - Desmotivación por parte de los familiares - No recibir reconocimientos por parte de los familiares y del entorno cuando participan en el programa y al mostrar ganas de realizar ejercicio.

4. Definición de objetivos:

4.1 Objetivos generales:

- Disminuir entre un 15% - 20% la prevalencia de caídas en los ancianos de 65 o más años usuarios del Centro de Salud de Lebrija en el año 2018.

4.2 Objetivos específicos:

De conocimientos:

- El 80% de los participantes serán consientes y comprenderán el problema que supone este síndrome geriátrico.
- El 70 % de los participantes conocerán las principales complicaciones que pueden aparecer tras una caída (Psicológicas, médicas, sociales...)
- El 80% de participantes en el programa reconocerá al menos 3 factores de riesgo de caídas.
- El 80% sabrá describir 3 medidas útiles para la prevención de caídas.
- El 70% de los participantes en el programa identificará los mitos y errores más frecuentes relacionados con las caídas.
- El 70% de los participantes en el programa conocerán al menos 3 actividades físicas saludables a su edad.

De actitudes:

- El 80% de los participantes en el programa presentarán una buena disposición a la hora de realizar ejercicio cuando finalice el programa.
- El 70% mostrará intención de mejorar su entorno (Hogar) para la disminuir los factores de riesgo de caídas.
- El 60% de los participantes tendrán iniciativa a la hora de participar en actividades para mayores que ofrezca el ayuntamiento de la ciudad o cualquier institución.

De habilidades:

- El 70 % de los participantes sabrán realizar los principales ejercicios adecuados a su edad vistos en la práctica.
- El 70% de los participantes sabrá cómo utilizar las maquinas de ejercicios ubicadas en los parques del pueblo.
- El 70% de los participantes en el programa sabrán utilizar los principales implementos.

5. Contenidos educativos:

En las distintas sesiones educativas dirigidas a la población diana que desarrollaremos más adelante se incluirán los siguientes contenidos para conseguir alcanzar los objetivos descritos anteriormente:

- Presentación.
- Definir el problema y explicar la importancia que tiene en estos momentos
- Medidas de prevención y los factores de riesgo.
- Consecuencias de las caídas.
- Seguridad en el entorno físico.
- Mitos y estereotipos más comunes sobre los mayores.
- Ayudas y elementos de seguridad para prevenir las caídas.
- Ejercicio físico, los distintos tipos adaptados al mayor.
- Práctica de actividad física.
- Aprendizaje sobre cómo utilizar las maquinas ubicadas en Ecoparques.
- Paseo y merienda en el Parque de “San Benito”

6. Estrategias del programa

El Programa de Prevención contará con distintas estrategias que clasificaremos en estrategias de Captación y estrategias de Prevención.

6.1 Estrategias de captación:

Las estrategias de captación son los procedimientos que se llevaran a cabo para la identificación, invitación e inclusión de la población diana en el programa de EpS.

Con el fin de captar al mayor número de participantes utilizaremos:

- Captación comunitaria: Carteles informativos en los principales establecimientos (centro de salud, centros diurnos para mayores, residencias de ancianos...) (Anexo IX)
- Cuñas en los principales medios de comunicación (Emisora de radio local, Lebrija Televisión, periódico local...)
- Se le pedirá colaboración al equipo médico del centro de salud, que informará a los pacientes que pertenezcan al grupo diana del Plan de prevención que se va a llevar a cabo.

- De manera individual, mediante entrevistas: Antes de comenzar con el programa, individualmente cada participante deberá realizar la Escala Downton (Anexo 2). Esta escala tiene en cuenta si ha habido o no caídas previas, las causas que la han producido o los factores de riesgo que presenta en este sentido cada paciente y la edad, asignando a cada punto un valor de 0 ó 1. Cuando el resultado de la escala es de dos o más puntos se considera que el paciente tiene un alto riesgo de sufrir una caída. La escala Downton ayudara a identificar los participantes de Alto y Bajo riesgo.

6.2 Estrategias de intervención:

Las estrategias de intervención forman un procedimiento general metodológico que pueden incluir distintas actividades de aprendizaje y que utiliza diferentes medios para difundir la información o llevar a cabo la información, de forma que se asegure la consecución de los objetivos del programa. Se pueden utilizar las estrategias individuales, grupales, familiares y comunitarias o una combinación de ellas dependiendo de los objetivos del programa, de la población diana y del momento del desarrollo del programa.

Dentro de este programa se trabajara la estrategia grupal. Las características de este tipo de estrategia son trabajar con grupos de personas que tienen en común el problema que se trata en dicho programa de EpS, haciendo más fácil el cambio de conducta del grupo.

El programa estará dirigido por profesionales, especialmente fisioterapeutas. Las estrategias de intervención comenzarán tras la evaluación de riesgo de caídas mediante la escala Downton.

Se plantearan distintas metodologías grupales en diferentes sesiones. Algunas de las técnicas que se utilizaran son:

- Técnica Role-Playing: También se conoce como técnica de dramatización, simulación o juego de roles. Consiste en que dos o más personas representen una situación o caso concreto de la vida real, actuando según el papel que se les ha asignado.
- Técnica “Tormenta de ideas”: La tormenta de ideas (lluvia de ideas o brainstorming) es una técnica de pensamiento creativo utilizada para estimular la producción de un elevado número de ideas, por parte de un grupo, acerca de un problema y de sus soluciones.
- Técnica “Charla-coloquio”: Es una situación comunicacional, en el que un grupo de personas debate de forma amena, exponiendo sus ideas sobre un tema común.

- Técnica “Romper el hielo”: se utiliza una dinámica que facilite la presentación en grupo de personas que no se conocen. Se utiliza al comienzo de programas de EpS para facilitar una rápida integración y confianza en el grupo con el fin de buscar el bienestar de los participantes.
- Técnica de “Discusión en grupo”: se propone un tema y todos los participantes del grupo podrán expresar su opinión para intentar llegar a una conclusión común.
- Técnica de “Demostración”: Mediante una demostración por parte del profesional, por ejemplo como levantarse tras una caída, el profesional realizará una demostración visual ante los participantes para que así se les quede la información con más facilidad.

La utilidad de estas técnicas se podrán ver el punto 9. “ Organización de las intervenciones o actividades”, donde su desarrollo irá apareciendo en las diferentes sesiones.

7. Previsión de recursos

- Recursos humanos:

Las sesiones se desarrollarán con la participación de un fisioterapeuta que contara con la ayuda de un Trabajador social y un psicólogo que serán invitados dependiendo de la sesión.

Se fomentará por parte del profesional que los participantes venga acompañados por familiares y/o cuidadores a las sesiones para favorecer la educación con respecto a la prevención de caídas.

- Recursos materiales:

Sala acondicionada cedida por parte del centro de salud para actos informativos con el mobiliario necesario para ello (sillas, mesas, iluminación correcta, climatización...) y sala de rehabilitación del centro de salud.

Instrumentos tales como ordenadores e impresora necesarios para los cuestionarios. Una pizarra con rotuladores o tizas y el borrador correspondiente. Un proyector y un reproductor de Cd's que disponga de admisión USB. Material de propiocepción y equilibrio (colchonetas...). Paralelas. Camillas. Implementos (Bastones, andadores, calzado antideslizante...)

- Recursos financieros:

La financiación de este programa será afrontado por parte del Ayuntamiento de la localidad (Lebrija) con ayuda del centro de salud donde se utilizará parte del presupuesto que va

destinado a para programas EpS y cediendo todo el material necesario tanto recursos humanos (personal sanitario) como recursos materiales.

8. Diseño de evaluación

Una intervención en salud necesita de una evaluación con la finalidad de comprobar el objetivo alcanzado y de mejorar la intervención de cara al futuro. Por ello, la evaluación tiene gran importancia en la planificación de un programa de EpS, ya que nos permitirá ver si el programa ha sido efectivo y ha mejorado la salud de nuestra población diana y identificar los aspectos que podamos mejorar.

Siguiendo la propuesta de Donalbedian, la evaluación del programa se plantea de 3 formas distintas: la evaluación de la estructura, del proceso y de los resultados.

EVALUACIÓN DE LA ESTRUCTURA:

Nos permite identificar la utilidad y la contribución de cada uno de los recursos empleados en el desarrollo del programa. Incluye la evaluación de los recursos humanos y materiales.

- RECURSOS HUMANOS: se evaluará la metodología empleada por los profesionales, su capacidad de dinamización y comunicación, el grado de empatía con el grupo, etc.
- RECURSOS MATERIALES: se podrá evaluar la utilidad de los diferentes medios audiovisuales, si el material ha sido adecuado y si las instalaciones donde se ha llevado a cabo el programa han sido los correctos.

EVALUACIÓN DEL PROCESO:

En la evaluación del proceso obtendremos información sobre si han sido adecuadas o no las actividades y métodos propuestos para alcanzar los objetivos. Se diseñara la forma de evaluar la adecuación de las diferentes actividades realizadas, la utilidad de las diferentes técnicas empleadas, la eficacia de la técnica desarrollada, el nº de actividades etc.

Tanto la evaluación de la estructura como la del proceso se valoraran mediante un cuestionario (VI a). Las preguntas de las que consta el cuestionario tendrán 3 parámetros de respuesta para facilitar así el entendimiento de nuestros participantes (1º Si, 2º No, 3º A Veces)

PROGRAMA DE EPS DIRIGIDO A DISMINUIR LAS CAIDAS EN PERSONAS MAYORES

El cuestionario consta de 13 preguntas, al tratarse de personas mayores no complicaremos la evaluación y se marcará como superado el objetivo si el resultado del cuestionario supera o iguala los 7 “Si” marcados.

- Este cuestionario se realizará al término de algunas sesiones (detallas en el punto 9) por parte de cada participante (Evaluación de las estructuras y del proceso conjuntamente)

EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS:

Este apartado nos permite identificar el impacto del programa sobre la salud, los conocimientos, las actitudes y los comportamientos de los usuarios. La evaluación de los resultados es, por tanto, el eje central de la evaluación.

Para adecuarnos y facilitar en la medida de lo posible la evaluación de los resultados a los mayores participantes utilizaremos distintas medidas de evaluación que constarán:

- Observación por parte del profesional durante las sesiones: observando que realizan los ejercicios correctamente, utilizas los implementos adecuadamente, observando que muestran predisposición y motivación etc.
- Preguntas dinámicas durante las sesiones (que el profesional irá anotando): ¿Participaría en más actividades para mayores?/¿Practicas ejercicio en tu tiempo libre?
- Cuestionario que se realizará en la última sesión (Anexo VI b), éste cuestionario se repetirá a los 3, 6 y 12 meses mediante llamada telefónica para valorar como a influido el programa transcurrido un tiempo.

OBJETIVO	INDICADOR	ELEMENTOS DE MEDIDA
El 80% de los participantes serán consientes y comprenderán el problema que supone este síndrome geriátrico.	Nº participantes que superan el objetivo/ Nº total participantes	Mediante observación por parte del profesional.
- El 70 % de los participantes conocerán las principales complicaciones que pueden aparecer tras una caída (Psicológicas, médicas, sociales...)	Nº participantes que superan el objetivo/ Nº total participantes	Cuestionario

PROGRAMA DE EPS DIRIGIDO A DISMINUIR LAS CAIDAS EN PERSONAS MAYORES

El 80% describirá un mínimo de 3 factores de riesgo de caídas.	Nº participantes que superan el objetivo/ Nº total participantes	Cuestionario
- El 80% de participantes en el programa describirá 3 medidas útiles para la prevención de caídas.	Nº participantes que superan el objetivo/ Nº total participantes	Cuestionario
- El 70% de participantes en el programa identificará los mitos y errores más frecuentes relacionados con las caídas.	Nº participantes que superan el objetivo/ Nº total participantes	Cuestionario
- El 70% de participantes en el programa conocerán al menos 3 actividades físicas saludables a su edad.	Nº participantes que superan el objetivo/ Nº total participantes	Cuestionario
El 80% de participantes presentarán una buena disposición a la hora de realizar ejercicio una vez acabe el programa.	Nº participantes que superan el objetivo/ Nº total participantes	Mediante observación por parte del profesional.
- El 70% de participantes en el programa mostrarán intención de mejorar su entorno (Hogar) para la disminuir los factores de riesgo de caídas	Nº participantes que superan el objetivo/ Nº total participantes	Mediante observación por parte del profesional
El 60% de participantes tendrán iniciativa a la hora de participar en actividades para mayores que ofrezca el ayuntamiento de la ciudad o cualquier institución.	Nº participantes que superan el objetivo/ Nº total participantes	Mediante observación por parte del profesional.

El 70 % de participantes sabrán realizar los principales ejercicios adecuados a su edad vistos en la práctica.	Nº participantes que superan el objetivo/ Nº total participantes	Mediante observación por parte del profesional
- El 70% de participante sabrá cómo utilizar las maquinas de ejercicios ubicadas en los parques del pueblo.	Nº participantes que superan el objetivo/ Nº total participantes	Mediante observación por parte del profesional
El 70% de participantes en el programa sabrán utilizar los principales implementos.	Nº participantes que superan el objetivo/ Nº total participantes	Mediante observación por parte del profesional.

Elaboración propia

Valoraremos los datos recogidos gracias a la observación, preguntas dinámicas y cuestionarios y comprobaremos si los resultados obtenidos cumplen con los objetivos propuestos antes de comenzar el programa.

Tanto la observación como las preguntas dinámicas se valoraran como Sí o No individualmente (el profesional lo ira anotando a lo largo de las sesiones) y las preguntas del cuestionario se valoraran como Bien o Mal cada una. Con esos datos podremos obtener un % aprox. de cada objetivo y se comprobará si alcanza el % propuesto.

9. Organización de las intervenciones.

El Programa de Prevención de caídas constará de 9 sesiones a las que asistirán 10 personas de 65 o más años que han aceptado ser participes en el Programa de Prevención de caídas y tendrán una duración aproxima de unos 40 minutos menos en la última sesión donde se realizará una merienda de despedida. Será un programa adaptado al nivel de instrucción de los participantes y se realizará de forma grupal y lo más dinámico posible. Se promoverá la participación de todos los asistentes, la formulación de cuestiones que puedan aparecer. También se intentaran ejemplificar los contenidos siempre para facilitar una mejor comprensión. Al ser un programa abierto y participativo se animara a que las personas mayores vayan acompañados de algún familiar o cuidador.

PROGRAMA DE EPS DIRIGIDO A DISMINUIR LAS CAIDAS EN PERSONAS MAYORES

A continuación presentamos las distintas intervenciones que se llevarán a cabo en el Programa de Prevención de caídas previsto para octubre de 2017.

SESIÓN 1	
Contenidos	- Presentación. - Definir el problema, las causas y sus consecuencias.
Objetivos	- El 90% de los participantes serán consientes y comprenderán el problema que supone este síndrome geriátrico.
Fecha, hora y lugar	Martes 3 de Octubre. 18:00 Sala preparada para charlas informativas en el centro de salud.
Metodología y desarrollo de la actividad:	Para empezar recibiremos a los participantes y los saludaremos. En esta primera sesión se iniciara un primer contacto con los participantes y con algún familiar y/o cuidador que los haya acompañado. Se utilizara la Técnica de “romper el hielo” uno a uno se presentaran y contarán su última experiencia con las caídas con el objetivo de iniciar una conversación que será muy útil ya que compartirán experiencias y ayudara a crear una atmósfera de confianza entre los pacientes, lo que llevara a aumentar su comodidad y confianza en el programa. A continuación se expondrá de forma fácil, clara y comprensible los motivos por los que se realiza el programa de Prevención de caídas definiendo el problema y explicando la importancia que tiene en la actualidad.
Evaluación	Se les facilitara un cuestionario para evaluar la estructura y el proceso del programa hasta el momento. (Anexo VI a)

SESIÓN 2	
Contenidos	- Factores de riesgo y medidas de prevención.
Objetivo	- El 80% de participantes en el programa describirá 5 medidas útiles para la prevención de caídas. - El 70% de los participantes en el programa de fisioterapia comunitaria mostrarán intención de mejorar su entorno (Hogar) para la disminuir los factores de riesgo de caídas.
Fecha, hora y lugar	Martes 10 de octubre. 18:00 Sala preparada para charlas informativas en el centro de salud.
Metodología y desarrollo de la actividad:	En esta segunda sesión se explicara de forma general los factores de riesgo y se analizaran las principales medidas de prevención. Comenzara con una breve introducción sobre los que son los factores de riesgo para que los participantes empiecen a comprender los diferentes tipos de factores existente que iremos apuntando de manera esquemática en la pizarra. La introducción dará paso a la llamada técnica “Brainstorming o tormenta de ideas” en la que los participantes pasarán a ser los protagonistas y aportarán sus ideas sobre qué factores pueden influir en su vida diaria, dichas ideas se irán apuntando para al final llegar a una puesta en común y puedan llevarse una idea sobre que hábitos cambiar para disminuir esos factores. Para terminar con la ayuda de un power point sobre prevención de caídas, se les indicara una serie de consejos e información (mantenerse en buena forma, participar en actividades sociales, cuidar la nutrición...) con el objetivo de concienciar al mayor en la prevención.
Evaluación	-

SESIÓN 3	
Contenidos	Consecuencias de las caídas.
Objetivo	- El 70 % de los participantes conocerán las principales complicaciones que pueden aparecer tras una caída (Psicológicas, médicas, sociales...)
Fecha, hora y lugar	Martes 17 de Octubre 18:00 Sala preparada para charlas informativas en el centro de salud.
Metodología y desarrollo de la actividad:	En esta sesión nos acompañaran un psicólogo/a y un/a trabajador/a social pertenecientes al equipo multidisciplinar del centro de salud. Brevemente se recordara lo visto en la sesión anterior para refrescar la memoria. Más tarde daremos paso a la técnica llamada “charla-coloquio” en la que se impartirá una charla por parte de nuestros invitados del equipo multidisciplinar en la que explicaran las principales complicaciones que pueden aparecer tras una caída (Psicológicas, médicas, sociales...) y como se deben afrontar. Tras la charla se abrirá un tiempo en el que los participantes podrán exponer sus miedos, inquietudes o dudas para generar un debate grupal y sacar conclusiones.
Evaluación	-

SESIÓN 4	
Contenidos	Seguridad en el entorno físico.
Objetivo	- El 80% de los participantes desarrollaran al menos 3 medidas de mejora en su hogar y su vida diaria.
Fecha, hora y lugar	Martes 24 de Octubre 18:00 Sala preparada para charlas informativas en el centro de salud.
Metodología y desarrollo de la actividad:	En esta nueva sesión analizaremos las situaciones que se pueden dar en un entorno no preparado para las personas mayores. En primer lugar para que tomen conciencia se mostrará con la ayuda del proyector imágenes de un hogar preparado y seguro y de un hogar no preparado, utilizaremos la técnica de “discusión en grupo” para crear un debate dinámico que haga que todos los mayores se vean involucrados y participen en ella. Antes de entrar a explicar el equipo profesional las imágenes se les pedirá que nos cuenten que diferencias ven ellos entre unas imágenes y otras y si lo ven importante a la hora de vivir seguros, dejaremos pasar unos minutos en los que los participantes libremente hablan sobre el tema y se pasara a explicar detenidamente las imágenes para que así tomen conciencia de ello y sepan diferenciar lo que supone tener un hogar preparado de no tenerlo.
Evaluación	- Se les facilitara un cuestionario para evaluar la estructura y el proceso del programa hasta el momento. (Anexo VI a)

SESIÓN 5	
Contenidos	Mitos y estereotipos más comunes sobre los mayores.
Objetivos	- El 70% de los participantes en el programa identificará los mitos y errores más frecuentes relacionados con las caídas.
Fecha, hora y lugar	Martes 31 de Octubre 18:00 Sala preparada para charlas informativas en el centro de salud.
Metodología y desarrollo de la actividad:	Antes de dar comienzo a esta nueva sesión tendremos redactado en la pizarra los mitos más comunes de la población mayor (Anexo III). Los mitos asociados al envejecimiento generan una imagen inexacta y en ocasiones erróneas, además de homogeneizadora de todos los miembros de este núcleo de población que puede llegar a afectar conductual y emocionalmente. Utilizaremos la técnica de “Role-playing” donde pediremos de forma voluntaria a los participantes que se sitúen en dos situaciones distintas: - En la primera situación vivirán en una sociedad en donde se trata a las personas mayores como algo anticuado que debe pasar el día en casa sin moverse no se vaya a romper. - En la segunda situación se dará todo lo contrario, se apoyara al mayor y se le animará a que siga aprendiendo y descubriendo y lo que es más importante disfrutando de la vida en la medida de los posible. Tras estas dos situaciones les pediremos a los participantes que compartan con nosotros las sensaciones que les han transmitido una y otra situación. Buscamos que conozcan y tomen conciencia de que deben romper con los falsos mitos sobre la 3ª edad para que la afectación negativa que estos mitos puedan provocar no les afecte.
Evaluación	-

SESIÓN 6	
Contenidos	Ayudas y elementos de seguridad.
Objetivos	- El 70% de los participantes en el programa sabrán utilizar los principales implementos.
Fecha, hora y lugar	Martes 7 de Noviembre 18:00 Sala preparada para charlas informativas en el centro de salud.
Metodología y desarrollo de la actividad:	Antes de dar comienzo la sesión daremos lugar a una pequeña charla para ver en qué situación se encuentra el programa y los participantes, para saber si les está ayudando y les está dando confianza en su día a día y así el profesional recogerá información individual para la evaluación final. Una vez finalizada la charla dará comienzo la sesión que tratará sobre los elementos de seguridad. Mediante la técnica de demostración, se mostrarán y explicarán los principales elementos de seguridad (bastón, andador, calzado adecuado...) y cómo y cuándo deben utilizarse ya que su mal uso puede dar lugar a caídas. Se dejara un tiempo para que ellos mismo prueben algunos elementos de seguridad con los que contaremos y para resolver dudas que les hayan podido aparecer. Para finalizar se les indicara que las dos sesiones siguientes tendrán lugar en la Sala de fisioterapia del Centro de Salud de Lebrija, serán algo mas prácticas por lo tanto deberán traer ropa cómoda y a poder ser acompañados por algún familiar que más tarde pueda ayudarle a realizar los ejercicios en casa.
Evaluación	-

SESIÓN 7	
Contenidos	El ejercicio físico, los distintos tipos adaptados al mayor
Objetivo	- El 70% de los participantes en el programa conocerán al menos 3 actividades físicas saludables a su edad.
Fecha, hora y lugar	Martes 14 de Noviembre 18:00 Sala de fisioterapia del Centro de Salud de Lebrija
Metodología y desarrollo de la actividad:	La primera sesión relacionada con el ejercicio físico será más teórica. En ella y con la ayuda de una presentación en power point sobre el tema se explicará la importancia del ejercicio físico para la salud y prevención de caídas y los beneficios que nos pueden aportar, junto con una demostración de cómo deben levantarse tras una caída (Anexo IV). Más tarde se pasará a explicar los distintos tipos de ejercicios que se pueden realizar (propiocepción, potenciación, flexibilidad, equilibrio...) que mediante la técnica de demostración iremos mostrando ayudándonos de unos videos que reproduciremos para hacer así más fácil la comprensión de los ejercicios ²⁹. (Anexo V) Se tendrá en cuenta cada caso y se les dará consejos individuales a cada participante sobre qué tipo de ejercicios practicar una vez finalizado el programa, en el caso de que vengan acompañados ayudara a la comprensión porque el familiar entenderá cómo llevarlos a cabo.
Evaluación	-

SESIÓN 8	
Contenidos	Práctica de actividad física
Objetivo	- El 70 % de los participantes sabrán realizar los principales ejercicios adecuados a su edad vistos en la práctica. - El 80% presentara una buena disposición a la hora de realizar ejercicio una vez acabe el programa.
Fecha, hora y lugar	Martes 21 de Noviembre 18:00 Sala de fisioterapia del Centro de Salud de Lebrija
Metodología y desarrollo de la actividad:	En esta sesión realizaremos una clase guiada con el objetivo de que los participantes practiquen los distintos tipos de ejercicio explicados en la sesión anterior con el fin de que los pongan en práctica en su día a día y a la larga les proporcione seguridad y bienestar en su vida diaria. Se les entregara una pequeña guía informativa y recordatorio de los ejercicios realizados en la última sesión para que les ayude a modo recordatorio. Y por último explicaremos el desarrollo final que tendrá el programa en la última sesión que será un paseo desde el centro de salud hasta el parque "San Benito" donde una vez que lleguemos haremos una merienda de confraternización donde cada mayor podrá aportar lo que quiera (frutas, frutos secos, dulces, leche...) para finalizar de la mejor manera nuestro programa.
Evaluación	Se les facilitara un cuestionario para evaluar la estructura y el proceso del programa hasta el momento. (Anexo VI a)

SESIÓN 9	
Contenidos	Paseo y merienda en parque “San Benito”
Objetivo	- El 60% de los participantes tendrán iniciativa a la hora de participar en actividades para mayores que ofrezca el ayuntamiento de la ciudad o cualquier institución. - El 70% de los mayores sabrá cómo utilizar las maquinas de ejercicios ubicadas en los parques del pueblo
Fecha, hora y lugar	Jueves 23 de Noviembre 16:00 Salida desde centro de salud a Parque “San Benito” (Anexo VI)
Metodología y desarrollo de la actividad:	Para dar por finalizado el programa realizaremos una actividad que contara con un paseo hasta el Parque “San Benito” (el más famoso del pueblo), se ubica a unos 10 minutos aproximadamente del centro de salud, no presenta desniveles que pudiesen complicar el camino y está equipado con maquinas de ejercicios (Anexo VII). Comunicaremos a los participantes que inviten sus familiares a que nos acompañen. Una vez que lleguemos y antes de dar comienzo a la merienda de confraternización, haremos una pequeña demostración por parte del profesional de cómo utilizar las maquinas ubicadas en el parque y dejaremos que los mayores lo comprueben por sí mismos para que puedan seguir utilizándolo una vez finalice el programa. A continuación pasaremos a realizar el cuestionarios final (VI b) y una vez finalizado daremos paso a la merienda en los merenderos existentes en el parque, intentaremos en todo momento que haya un clima de confianza y felicidad. Daremos paso a la despedida, dejaremos unos minutos por si alguien quiere decir unas palabras y agradeceremos la asistencia y participación de todo el grupo deseándoles lo mejor y motivándoles a que lleven a cabo todo lo aprendido.
Evaluación	Cuestionario de resultados (VI b)

10. Bibliografía:

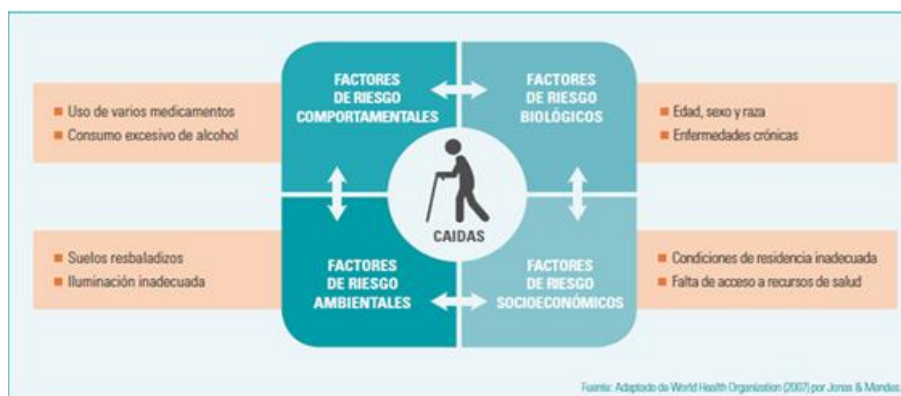
1. Carbajal-Mata FE, Huerta-Franco MR. Influencia del Apoyo Educativo de Enfermería en el Patrón de Vida del Adulto Mayor. Revista DCE. 2012;20(4):116-21.
2. Lavedán Santamaría A. Estudio de seguimiento de las caídas en la población mayor que vive en la comunidad. Higiene y salud pública. Contaminación. Prevención de accidentes. Enfermería. 2013.
3. Prat-González I, Fernández-Escofet E, Martínez-Bustos S. Detección del riesgo de caídas en ancianos en atención primaria mediante un protocolo de cribado. Enfermería Clínica. 2007 2007/05/01;17(3):128-33.
4. Bielsa M, López M. Desnutrición en población geriátrica. Estudio de prevalencia. Nuber Cientif. 2015;2(15):18–23.
5. Abellán A. Informe 2000: las personas mayores en España: datos estadísticos estatales y por comunidades autónomas: Instituto de Migraciones y Servicios Sociales; 2000.
6. Andradas Aragonés E, Labrador Cañadas M, Lizarbe Alonso V, Molina Olivas M. Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor. Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS. 2014.
7. Formiga F, Duran P, Abellana R, Mila R. Prevalencia de la malnutrición en la población anciana española: una revisión sistemática. Med Clin. 2015;139(11):502–8.
8. Salud OM. la Organización Mundial de la Salud: División de Información de la Organización Mundial de la Salud. Temas de salud. Envejecimiento (Enero 2017)
9. Gómez Pavón J. Prevenir la dependencia en las personas mayores, objetivo común de todos los profesionales y gestores de la salud. Revista española de Geriatria y Gerontología. 2007;42(Supl. 2):1-3.
10. Carmona M, López T. Las Caídas En El Anciano Desde El Punto De Vista Médico. GEROSAGG 2004 . Vol. 2 (3).
11. Álvarez MN, Rodríguez-Mañas L. Caídas repetidas en el medio residencial. Revista Española de Geriatria y Gerontología. 2006;41(4):201-6.
12. Millan, J. C.. Gerontología y Geriatria. Editorial Médica Panamericana.2011 Volumen
13. Da Silva Gama ZA, Conesa AG. Morbilidad, factores de riesgo y consecuencias de las caídas en ancianos. Fisioterapia. 2008;30(3):142-51.
14. Gimenez N, de master pf. estudio de las caidas en personas mayores de 65 años que se encuentran institucionalizadas en residencia de zaragoza durante el año 2011
15. OMS “organización mundial de la salud. Centro de prensa. URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/es/> (Enero 2017)
16. García TC, Hacha AA. Caídas en el anciano. Medicina general. 2005 (77):582-9.

17. de Torres CJP, de Torres LP. Valoración de una revisión sistemática sobre la incidencia, los factores de riesgo y las consecuencias de las caídas de los ancianos en España. Evidentia: Revista de enfermería basada en la evidencia. 2009;6(26):7.
18. Castro Martín E. Prevalencia de caídas en ancianos de la comunidad: factores asociados. 2006.
19. Rubenstein L, Josephson K. Intervenciones para reducir los riesgos multifactoriales de caídas. Revista Española de Geriatriá y Gerontología. 2005;40:45-53.
20. Blanch MP, Sabaté MQ, Revuelta EA, Blanes RR, Monfort RC, Grupo A. Resultados finales de un estudio de intervención multifactorial y comunitario para la prevención de caídas en ancianos. Atención primaria. 2010;42(4):211-7.
21. Grávalos GJD, Vázquez CG, Pereira VA, Payo RA, Araujo SÁ, Hermida SR. Factores asociados con la aparición de caídas en ancianos institucionalizados: un estudio de cohortes. Revista Española de Geriatriá y Gerontología. 2009;44(6):301-4.
22. Gama ZAdS, Gómez-Conesa A. Risk factors for falls in the elderly: systematic review. Revista de saude publica. 2008;42(5):946-56.
23. Moreno-Martínez NR, Ruíz-Hidalgo D, Burdoy-Joaquim E, Vázquez-Mata G. Incidencia y factores explicativos de las caídas en ancianos que viven en la comunidad. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2005; 40(2): 11-7.
24. Michael YL, Lin JS. Interventions to Prevent Falls in Older Adults: An Updated Systematic Review. Evidence Synthesis No. 80. AHRQ Publication No. 11-05150-EF-1. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; December 2010.
25. André da Silva Gama Z. Incidencia, factores de riesgo y consecuencias de las caídas en ancianos institucionalizados de la Región de Murcia [tesis doctoral]. Murcia: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Murcia; 2009.
26. André da Silva Z, Gómez-Conesa A, Sobral M. Epidemiología de caídas de ancianos en España. Una revisión sistemática, 2007. Rev Esp Salud Pública. 2008; 82(1): 43-56
27. Varas-Fabra et al. Caídas en ancianos de la comunidad: prevalencia, consecuencias y factores asociados. Aten Primaria. 2006; 38(8): 450-5.
28. del Pino Casado R, Riera JRM. Manual para la elaboración y defensa del trabajo fin de Grado en Ciencias de la Salud: Elsevier España; 2015.
29. Izquierdo, M. Cadore, E. Casas, A. Exercise intervention in the Physically frail older adult to prevent disability. journal Kronos, 13, 6-30. (2014)
30. Frías-Osuna, A. y Palomino-Moral P. Programación de las actividades de educación para la salud. En FríasOsuna, A. Salud Pública y Educación para la Salud. Masson. Barcelona, 2000.

31. Frias-Osuna A., Ordoñez-Urbano C. y Palomino-Moral P. El trabajo fin de grado basado en un programa de educación para la salud. En Del Pino Casado, R. y Martínez Riera, JR. Manual para la elaboración y defensa del Trabajo Fin de Grado en Ciencias de la Salud. Barcelona: Elsevier España; 2016.
32. Palomino-Moral, P. y Frías-Osuna, A. Selección de recursos On-line de utilidad en Educación para la Salud. Apuntes de clase. Intervención enfermera en Promoción de salud. Departamento de Enfermería. Universidad de Jaén, 2014
33. Instituto nacional de estadística. 2016. [Consulta: 13 Abril 2016]. Disponible en: <http://www.ine.es/>.

11. Anexos:

- Factores de riesgo (Anexo I):



- Anexo (II) Escala Dowton:

ESCALA DE RIESGO DE CAÍDAS (J.H.DOWNTON) ALTO RIESGO >2 PUNTOS		
CAÍDAS PREVIAS	No	0
	Si	1
	Ninguno	0
	Tranquilizantes – sedantes	1
MEDICAMENTOS	Diuréticos	1
	Hipotensores (no diuréticos)	1
	Antiparkinsonianos	1
	Antidepresivos	1
	Otros medicamentos	1
	Ninguno	0
DÉFICITS SENSORIALES	Alteraciones visuales	1
	Alteraciones auditivas	1
	Extremidades (ictus...)	1
ESTADO MENTAL	Orientado	0
	Confuso	1
	Normal	0
DEAMBULACIÓN	Segura con ayuda	1
	Insegura con ayuda / sin ayuda	1
	Imposible	1

- Anexo (III) :

MÍTOS MÁS HABITUALES

- Todos los mayores son iguales.
- Las personas mayores están enfermas, tienen dependencia funcional y son frágiles.
- Los mayores están solos y aislados.
- Los mayores son rígidos y no se adaptan a los cambios.
- No se enfrentan a los cambios del envejecimiento.
- Los mayores no pueden aprender cosas nuevas.

- Anexo (IV):

Cómo levantarse tras una caída



Qué hacer si sufro una caída

- En cualquier momento de la vida podemos sufrir una caída, pero cuando somos mayores estas pueden tener consecuencias más graves.
- Ya sabemos cómo PREVENIRLAS pero también tenemos que saber cómo actuar si nos caemos.
- Es muy aconsejable entrenarse para APRENDER A LEVANTARSE del suelo en caso de caída.
- ¿Cómo hacerlo? ¿Qué pasos hay que seguir?
- a. Darse la vuelta en el suelo.
- b. Colocarse a cuatro patas.
- c. Avanzar hacia un objeto seguro.
- d. Sujetarse en él.
- e. Finalmente, y con cuidado, ponerse de pie.
- Si sufres una caída con consecuencias importantes, NO TE DESANIMES y comienza la recuperación cuanto antes. Después, ten cuidado, pero NO TENGAS MIEDO.

- Anexo (V) Ejercicios para mayores.

<i>Beneficios</i>	<i>Modalidad de ejercicio</i>
Mejora de la resistencia cardiovascular	Caminar Pedalear
Aumento de masa muscular y fuerza	Pesos libres Máquinas resistencia variable
Potencia y Capacidad Funcional	Incluir ejercicios de la vida diaria (levantarse y sentarse, subir/bajar escaleras) Incluir ejercicios de potencia (a altas velocidades con pesos ligeros/moderados)
Flexibilidad	Estiramientos Yoga / Pilates
Equilibrio	Debería incluir ejercicios en la posición de tándem, semitándem, desplazamientos multidireccionales con pesos extra (2-4 kg), caminar con apoyo talón punta, subir escaleras con ayuda, transferencia de peso corporal (desde una pierna a la otra) y ejercicios de Tai Chi modificados

- Anexo (VI a):

RECURSOS HUMANOS:

1º Valora si los profesionales han logrado crear un buen clima durante las sesiones:

☐ Si ☐ No ☐ A veces

2º Valora si han conseguido profesionales se han preocupado por intentar que todos participaran y se sientan integrados:

☐ Si ☐ No ☐ A veces

3º Valora si la forma de explicar por parte de los profesionales ha sido la correcta:

☐ Si ☐ No ☐ A veces

4º Valora si los profesionales se han esforzados por resolver todas las dudas que han surgido:

☐ Si ☐ No ☐ A veces

5º Valora si el vocabulario utilizado por los profesionales ha sido correcto:

☐ Si ☐ No ☐ A veces

RECURSOS MATERIALES:

6º Valora el nivel de limpieza del lugar elegido para desarrollar el programa:

☐ Si ☐ No ☐ A veces

7º Valora si lugar empleado para las sesiones es el adecuado para el programa:

☐ Si ☐ No ☐ A veces

8º Valora si las diapositivas, videos, demostraciones,... empleadas han facilitado su aprendizaje y comprensión:

☐ Si ☐ No ☐ A veces

9º ¿Ha sido apropiado el material que se les ha facilitado para la realización de las distintas actividades?

☐ Si ☐ No ☐ A veces

EVALUACIÓN DEL PROCESO:

10º Te han parecido acertada las actividades para integrarte en el grupo:

☐ Si ☐ No ☐ A veces

11º Te han parecido útiles las demostraciones para comprender las actividades y ejercicios a realizar:

☐ Si ☐ No ☐ A veces

12º Te ha parecido correcto el tiempo empleado en cada sesión:

☐ Si ☐ No ☐ A veces

13º Ha sido comprensible la información recibida:

☐ Si ☐ No ☐ A veces

PROGRAMA DE EPS DIRIGIDO A DISMINUIR LAS CAIDAS EN PERSONAS MAYORES

- Anexo (VI b): Meter algunas preguntas más

1º Señala la complicación que puede producir una caída:

- ☐ Miedo a volver a caer ☐ Bienestar

2º Señala 3 factores de riesgo:

- ☐ Suelo resbaladizo ☐ Poca iluminación ☐ Escalones ☐ Uso de Barandilla y pasamanos

3º Señala si una buena iluminación puede ser útil para prevenir una caída o no:

- ☐ Si ☐ No

4º Señala 3 medidas útiles para prevenir las caídas:

- ☐ Calzado antideslizante ☐ Bastón ☐ Andador ☐ Tener alfombras en medio del pasillo

5º Señala cual de las siguientes frases es un mito o error.

- ☐ Las personas mayores no pueden aprender nada nuevo
☐ Las personas mayores deben hacer ejercicio para mantenerse en forma

6º Pasear, bailar y correr son actividades físicas saludables para las personas mayores:

- ☐ Si ☐ No

7º Has realizado cambios en tu hogar para disminuir el riesgo de caídas:

- ☐ Si ☐ No

8º Una utilización incorrecta del bastón puede provocar una caída:

- ☐ Si ☐ No

9º Cree que pensar la acción que queremos realizar antes de hacerla puede evitar una caída:

- ☐ Si ☐ No

10º Se siente con ganas para practicar ejercicio a menudo una vez acabado el programa:

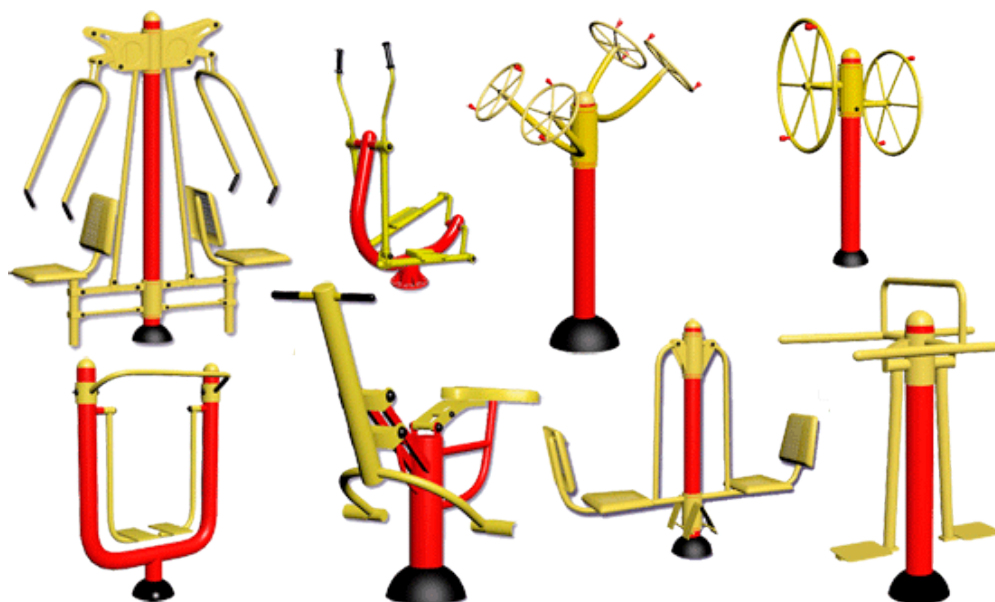
- ☐ Si ☐ No

- Anexo (VII):





Anexo (VIII):



Anexo (IX):

- Cartel:

Prevenir el riesgo de caídas en personas mayores de nuestro pueblo, conocer sus factores de riesgo, sus consecuencias y fomentar el ejercicio físico para combatirlo

PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE RIESGO DE CAÍDAS

EN PERSONAS
MAYORES

LUGAR: Centro de salud de Lebrija
HORARIO: 18:00
DÍAS: 3, 10, 17, 29 y 31 de octubre
7, 19, 21 y 23 de noviembre

☎ **INFORMACIÓN:** 95 597 15 25 ☎

 Ayuntamiento
de Lebrija

Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

 JUNTA DE ANDALUCÍA