

Prevalencia del síndrome de temor a caerse en ancianos mareados frente a no mareados

Olmos Zapata P¹, Abad Mateo MA², Pérez Jara J³

¹Centro de Salud de Archena (Murcia)

²Departamento de Psiquiatría y Psicología Social de la Universidad de Murcia

³Unidad de Valoración Geriátrica. Hospital El Bierzo. Ponferrada (León)

El mareo es uno de los motivos de consulta más frecuentes en las personas mayores de 60 años y se incrementa con la edad¹. Un 40% en las mujeres y un 30% de los hombres mayores de 75 años consultan por inestabilidad, mareo, desvanecimiento inminente o vértigo². De las personas ancianas, 13-38% informan de mareo crónico como síntoma de larga duración, de desequilibrio o inestabilidad, y se asocian con un aumento en el riesgo de caídas, síncope, discapacidad física e institucionalización³. Durante el mareo el anciano permanece imposibilitado y mantiene sensaciones anormales relacionadas con la percepción de la relación existente entre el cuerpo y el espacio⁴.

El equilibrio y la marcha se pueden deteriorar como consecuencia de la edad; empeoran las pruebas de estabilidad, de longitud de paso, de la velocidad de la marcha y de las respuestas posturales⁵. Los trastornos del equilibrio y de la marcha se consideran los factores más determinantes para el riesgo de caídas⁶. Dependen de estructuras interrelacionadas, como el sistema visual, vestibular y propioceptivo.

El síndrome de temor a caerse (STAC) es la sensación de inseguridad que tiene una persona ante la aparición de una caída (Tinetti 1990). Este síndrome afecta a personas mayores que han sufrido caídas, pero también en quienes no han tenido caídas previas⁷. El miedo a caerse es importante por las consecuencias que desencadena, derivadas de la pérdida de confianza que tiene el anciano en su vida diaria.

La prevalencia de temor a caerse en ancianos que viven en comunidad está en 22-65%^{8,9}, aproximadamente. Sin embargo, existen escasos estudios que

reflejan la prevalencia de pacientes mayores de 65 años con mareos de repetición. Esta población de estudio debe ser considerada para determinar si el mareo produce con más frecuencia temor a la caída en estos individuos.

El objetivo de este estudio es analizar la prevalencia del STAC y otras variables que afectan a los pacientes mareados frente a los no mareados. Además veremos los factores de riesgo y las consecuencias del STAC en personas mayores de 65 años con y sin mareos.

MATERIAL Y MÉTODO

Obtenemos datos de 184 pacientes en un período comprendido entre Enero y Diciembre del 2008. Los criterios de inclusión: ser mayores de 65 años y ser remitidos desde consultas de atención primaria o Urgencias extrahospitalarias con objeto de realizar una valoración integral del anciano en Archena (Murcia). Los criterios de exclusión son presentar deterioro cognitivo, trastorno mental grave, enfermedad de Parkinson, paresias o amputaciones en miembros inferiores.

En la historia médica del paciente (*tabla 1*) destacamos enfermedades que padece, consumo de fármacos, situación social, historia de caídas previas y si tienen o no temor a caer, además de utilizar la escala FES ("falls efficacy scale") para conocer qué actividades del paciente le producen miedo a caerse. La escala FES se debe puntuar entre 0 y 10 puntos, donde 0 corresponde a ninguna actividad y 10 a una actividad completa. La puntuación

Tabla 1. VARIABLES UTILIZADAS EN LA EVALUACIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE

Variable	Antihipertensivos Antiarrítmicos Polimedicación (más de cuatro fármacos)
Edad	
Sexo	
Estado civil	
Hipertensión	Historia de caídas previas
Diabetes mellitus	Caídas en los últimos 2 años
Dislipemia	Caídas en el domicilio o en la calle
Cardiopatía isquémica	Fracturas por la caída
Arritmia cardiaca	Hospitalización por la caída
Ictus	Uso de bastón como medida de seguridad
Síncopes	Tiene miedo a caerse (sí/no). Escala de FES
Deterioro cognitivo	Causas de ese miedo
Enfermedades bronquiales (enfermedad pulmonar obstructiva crónica o asma bronquial)	
Insuficiencia renal	Condiciones sociales
Incontinencia urinaria	Hogar (casa o piso)
Artropatías	Uso de escaleras o no
Osteoporosis	Soledad o no
Debilidad muscular	Situación con la pareja (buena, mala o no tiene)
Ansiedad	Vida social (sí/no)
Insomnio	Cuidador de terceros (sí/no)
Alteraciones de la visión	Dependencia de actividades de vida diaria (sí/no)
Alteraciones del oído	
Consumo de fármacos	Exploración física
Hipnóticos	Peso
Ansiolíticos	Talla
Neurolépticos	Toma de TA
Antidepresivos	Cálculo de la PP
	Escala de Tinetti para el equilibrio y la marcha

TA: Tensión arterial. PP: Presión de pulso

final se mide sobre 100, además de valorar las actividades con peor puntuación.

En cuanto a la exploración física, nos centramos en calcular el índice de masa corporal (IMC), medimos la tensión arterial y descartamos una presión de pulso elevada (PP > 60 mmHg). Por otro lado utilizamos la escala de Tinetti para identificar individuos con alto riesgo a las caídas. Esta escala está formada por dos subescalas para la marcha y para el equilibrio. Puntuaciones entre 19 y 24 representan riesgo de caídas; éste es elevado por debajo de 19.

En este estudio queremos obtener datos acerca de la calidad de vida de la población descrita. Para ello utilizamos el Cuestionario Breve de Calidad de Vida

(CUBRECAVI) de R Fernández Ballesteros y MD Zamarrón (2007).

Los aspectos que se estudian son:

- Salud. Comenzamos con una simple pregunta acerca de la satisfacción con respecto a su estado de salud actual. Podemos saber la salud autopercebida o subjetiva del paciente; las respuestas se valoran como mucha satisfacción el número 1 y nada de satisfacción el número 4. Posteriormente se indaga en síntomas que nos hacen saber la salud objetiva y psíquica que presenta el paciente en ese momento; las respuestas se puntúan de 1 (nunca) a 4 (frecuentemente), según sea la frecuencia de síntomas que ha tenido el paciente.

- Integración social. Nos da idea de la socialización del anciano. Descubrimos si vive solo o acompañado, su satisfacción con la persona con quien vive y el grado de frecuencia con que ve a otros familiares y amigos.

- Habilidades funcionales. Este aspecto es muy importante, ya que define la capacidad funcional del paciente. La autonomía funcional se pregunta para valorar el nivel de valerse por sí misma que tiene esta persona. Las actividades de vida diaria son especificadas en este cuestionario según las dificultades que tiene el paciente para cuidar su aspecto físico (peinarse, vestirse, ducharse...), realizar tareas domésticas, caminar o realizar tareas fuera de casa.

- Actividad y ocio. Aquí se valora el grado de ejercicio que tiene el sujeto y las actividades con que ocupa su tiempo libre.

- Calidad ambiental. Se estudia si la vivienda es adecuada y su satisfacción con ella.

- Satisfacción con la vida. En términos generales el paciente nos contesta acerca de la satisfacción que tiene no sólo con su bienestar general sino con sus circunstancias de alrededor.

- Educación. Se valora el nivel de estudios.

- Ingresos. Ingresos mensuales en el hogar del paciente.

- Autovaloración de calidad de vida. Para finalizar, el anciano reflexiona sobre si su calidad de vida es alta, media o baja.

La finalidad de este cuestionario es en primer lugar realizar una comparación mediante baremos de calidad de vida de un determinado sujeto con un grupo normativo. Se valora el nivel de calidad de vida de un sujeto en comparación con una muestra representativa de la población española.

Para averiguar el estado de salud mental de estos pacientes se utiliza el Cuestionario de Salud Mental de Goldberg-28 (GHQ-28), adaptación española de A Lobo (1996). Se divide en escala A para síntomas somáticos de origen psicológico, escala B para ansiedad, escala C para disfunción social, escala D para depresión. Este cuestionario tiene siete preguntas a las cuales puede responderse con cuatro posibilidades que empeoran progresivamente (no, lo habitual, peor

de lo habitual o mucho peor de lo habitual). Puntúan las dos opciones más negativas. Llamamos GHQ global a la suma de los resultados de las cuatro escalas. El cuestionario tiene una sensibilidad de 76,9% y una especificidad de 90,2% y tomamos como punto de corte 4 como indicador de morbilidad psicológica.

El tratamiento estadístico de los datos se realiza con el programa informático Systat, versión-10 (SPSS-INC-California, 2004). El análisis de las variables cualitativas se llevó a cabo por medio de Tablas de Contingencia para contrastar la asociación o independencia entre las variables comparadas; se aplicó la prueba de significación estadística Chi-cuadrado de Pearson, con un intervalo de confianza (IC) del 95% para un nivel de significación de $p < 0,05$.

Por último la interrelación de variables significativas relacionadas con STAC en el análisis multivariante se explora mediante una regresión logística.

RESULTADOS

De los 184 pacientes obtenemos una muestra de 109 ancianos con mareos y 75 ancianos sin mareos (*tablas 2 y 3*). Del total de la muestra, 111 son mujeres (de ellas 38% tienen mareos) y 73 hombres (21,1% de ellos están mareados).

Desde el punto de vista clínico destaca la presencia de síncope (13% en pacientes mareados frente a 1% en los no mareados; $p=0,000$), deterioro cognitivo (12,5% frente a 2,7%; $p=0,007$), debilidad muscular (25% frente a 5,9%; $p=0,000$), y alteración del oído (44,5% frente a 21,7%; $p=0,002$). También hay mayor número de pacientes polimedcados (46,1% frente a 26,6%; $p=0,05$).

Se asocia una puntuación disminuida en la subescala de equilibrio de Tinetti en los ancianos mareados frente a los no mareados (13,1 frente a 14,5; $p=0,017$) y el desarrollo del STAC es de 42,3% frente a 14,1% de los ancianos que no tienen mareo. Previamente han tenido caídas 38% de los pacientes con mareo frente a 12,5% de los pacientes sin mareo ($p=0,000$) y dependen de otras personas para las actividades de vida diaria 38% frente a 12,5% ($p=0,000$).

Tabla 2. VARIABLES CUALITATIVAS RELACIONADAS ENTRE ANCIANOS CON MAREOS Y SIN MAREOS

Variables cualitativas	Con mareos N=109	Sin mareos N=75	Chi-cuadrado	Probabilidad
PP elevada	22,8%	25%	9,2	0,002
Síncopes	13%	1%	13,7	0,000
Deterioro cognitivo	12,5%	2,7%	7,1	0,007
Debilidad muscular	25%	5,9%	15,7	0,000
Alteración del oído	44,5%	21,7%	9,5	0,002
Ansiedad	27,1%	8,6%	11,6	0,001
Insomnio	29,3%	11,9%	7,4	0,006
Hipnóticos	26%	5,9%	17,5	0,000
Antidepresivos	16,8%	2,7%	13,3	0,000
Ansiolíticos	24,4%	5,4%	16,5	0,000
Neurólépticos	9,7%	0,5%	11	0,001
Polimedicación	46,1%	26,6%	3,5	0,05
Caídas previas	38%	12,5%	20	0,000
STAC	42,3%	14,1%	24,6	0,000
Viven en casas bajas	38%	14,1%	7,4	0,000
Escaleras	13,5%	3,2%	15,5	0,008
Dependencia para AVD	38%	12,5%	7	0,000
Global GHQ alto	13,6%	3,2%	7,2	0,007

En el ámbito de salud mental observamos en la población mareada una puntuación más alta (6,6) en el resultado global de trastornos psíquicos. Observamos peores resultados en las distintas escalas que definen el perfil psicológico del paciente mareado en comparación con el no mareado. Hay un predominio de otras variables como ansiedad (27,1% frente a 8,6%; $p=0,001$), insomnio (29,3% frente a 11,9%; $p=0,006$), consumo de hipnóticos (26% frente a 5,9%; $p=0,000$), antidepresivos (16,8% frente a 2,7%; $p=0,000$), ansiolíticos (24,4% frente a 5,4%) o neurólépticos (9,7% frente a 0,5%).

Los resultados del cuestionario de calidad de vida son relevantes en cuanto a las puntuaciones más bajas que presentan los ancianos mareados a nivel del percentil de salud general, (83,4 frente a 93,3; $p=0,002$) y percentil de habilidades funcionales (74,3 frente a 84,5; $p=0,048$).

De los 184 pacientes observamos que 104 presentan STAC, lo que equivale a 56,5% de la población.

En la **tabla 4 y 5** analizamos las distintas variables clínicas y sociodemográficas de los pacientes con STAC frente a los no STAC. Es mayor el temor a caer en las mujeres (41,3%; $p=0,000$) que en los hombres (15,2%).

De las variables estudiadas se relacionan con el STAC la presencia de diabetes mellitus, mareo de repetición, incontinencia urinaria, artropatías, osteoporosis, debilidad muscular y alteraciones en la vista. Hay bastante diferencia en los resultados de la escala de Tinetti para el equilibrio (12,6 en pacientes con STAC frente a 15,2 en pacientes sin STAC; $p=0,000$), al igual que la marcha (9,4 frente a 11,6; $p=0,000$). Llama la atención que 45,7% de los pacientes con STAC están polimedicados frente a 27,2% sin STAC ($p=0,007$).

De los pacientes con STAC han tenido caídas 34,2% frente a 16,3% de pacientes que no tienen miedo a las caídas. Usan bastón como apoyo fundamental 15,8% frente a 1,1% de los que no tienen temor a caer ($p=0,000$).

Por otro lado, se ha registrado que 13% de los pacientes que tienen STAC dependen de terceras personas para realizar las actividades de vida diaria.

Mediante el cuestionario de GHQ-28 observamos ítems de trastornos psíquicos en pacientes con temor a la caída en las escalas de síntomas somáticos (2,4 frente a 0,5; $p=0,000$), ansiedad (2,3 frente a 0,9; $p=0,000$), disfunción social (1,8 frente a 0,2; $p=0,000$) y depresión (0,7 frente a 0,1 $p=0,004$). El resultado global de trastornos psíquicos presenta una puntuación de 7,3 frente a 1,8 de quienes no tienen temor ($p=0,000$).

Los resultados del Cuestionario de Calidad de Vida destacan en cuanto al percentil de salud: 81,4 frente a 95,3 ($p=0,000$). El percentil de habilidades funcionales varía de manera notable de 67,39 en mayores que padecen STAC a 92,9 en los que no lo padecen ($p=0,000$). La autonomía funcional de estos pacientes se ve afectada en 2,7 frente a 3,4 ($p=0,000$). También hay mayor dificultad para realizar las actividades de la vida diaria debido a que puntúan 3 frente a 3,7 de los

pacientes sin STAC ($p=0,000$). Se produce una disminución en el percentil de actividad y ocio de los pacientes con miedo a las caídas: 51,8 frente a 66,6 ($p=0,000$). Por todo ello los pacientes con temor tienen un percentil de satisfacción de la vida disminuido (47,5) en comparación con los que no lo tienen (58,1; $p=0,003$).

Calculando la Odds Ratio (OR) y sus intervalos de confianza (IC) del 95%, mediante regresión logística, se obtiene que las variables más importantes desde el punto de vista clínico asociadas con STAC son: mayor prevalencia en mujeres que en hombres, diabetes mellitus, mareo de repetición, consumo de antidepresivos, caídas previas y uso de bastón. Hay una disminución en la puntuación del Cuestionario de Calidad de Vida en el percentil de satisfacción con la vida y elevada puntuación en el resultado de trastornos psíquicos, sobre todo en la escala de disfunción social (*tabla 6*).

Significativamente el conjunto de variables asociadas con la presencia de STAC permiten pronosticar

Tabla 3. VARIABLES CUANTITATIVAS RELACIONADAS ENTRE ANCIANOS CON MAREOS Y SIN MAREOS

Variables cualitativas	Con mareos N=109 media (SD)	Sin mareos N=75 media (SD)	T de Student	P
EQUILIBRIO	13,1(3,8)	14,5(3,7)	-2,3	0,017
SALUD GENERAL	2,8(0,4)	3,1(0,3)	-3,7	0,000
Salud objetiva	2,9(0,4)	3,2(0,3)	-4,7	0,000
Salud psíquica	3,1(0,7)	3,4(0,6)	-3	0,002
PC Salud	83,4(26,6)	93,3(15,2)	-2,9	0,002
HABILIDAD FUNCIONAL	3(0,8)	3,3(0,6)	-2,8	0,005
Autonomía funcional	2,9(0,8)	3,2(0,7)	-2,6	0,010
AVD	3,2(0,9)	3,5(0,6)	-2,4	0,014
PC Habilidad funcional	74,3(36,9)	84,5(30,1)	-1,9	0,048
PC CALIDAD AMBIENTAL	63,8(17,6)	68,4(9,7)	-2	0,04
INGRESOS	1,31(0,5)	1,5(0,4)	-3	0,001
GHQ SOMÁTICO	2,2(2,5)	0,6(1,7)	4,7	0,000
GHQ ANSIEDAD	2,2(2,6)	1(1,8)	3,3	0,001
GHQ DISFUNCION SOCIAL	1,5(2,1)	0,5(1,4)	3,2	0,002
GHQ DEPRESION	0,7(1,7)	0,2(1)	2,2	0,015
GHQ TOTAL	6,6(7,3)	2,5(4,5)	4,3	0,000

P: probabilidad. PC: percentil. AVD: Actividades de vida diaria

Tabla 4. VARIABLES CUALITATIVAS DE TODA LA POBLACIÓN RELACIONADAS CON EL STAC

VARIABLES CUALITATIVAS	Con STAC N=104	Sin STAC N=80	Chi-cuadrado	Probabilidad
Mujeres	41,3%	19%	16,2	0,000
Hombres	15,2%	24,5%	16,2	0,000
Diabetes mellitus	23,4%	7,6%	12	0,001
Incontinencia urinaria	24,5%	12%	4,8	0,031
Artropatías	53,3%	35,3%	7,5	0,009
Osteoporosis	20,1%	6,5%	9,7	0,002
Debilidad muscular	21%	9,2%	6,2	0,009
Ansiedad	2,2%	8,7%	15,4	0,000
Insomnio	28,8%	12,5%	9,2	0,003
Mareo de repetición	42,4%	16,8%	24,6	0,000
Alteración de la vista	42,4%	23,9%	8	0,005
Hipnóticos	23,4%	8,7%	9,4	0,002
Ansiolíticos	23,4%	6,5%	14,9	0,000
Neurolepticos	8,7%	1,6%	6,6	0,013
Antidepresivos	17,9%	1,6%	22,4	0,000
Polimedicación	45,7%	27,2%	7,6	0,007
Caídas previas	34,2%	16,3%	9,6	0,003
Uso de bastón	15,8%	1,1%	20,7	0,000
Dependencia de la vida diaria	13%	3,8%	6,6	0,016
PP elevada	22,8%	25%	5,3	0,026

PP: presión de pulso

adecuadamente a los pacientes con este síndrome en un 89,3% y globalmente en un 87,4%.

COMENTARIO

Este estudio se ha realizado para diferenciar un grupo de pacientes mayores de 65 años que sufren mareos de repetición de otro grupo que no los sufren.

Observamos una asociación evidente del STAC en los pacientes mareados frente a los no mareados. Al seleccionar las variables asociadas a mareos destacan la presencia de debilidad muscular, deterioro cognitivo, episodios de síncope y problemas en el oído. Además, el equilibrio es una condición básica para cualquier respuesta motora y en los pacientes con mareos se ve afectado, como lo demuestra nuestro estudio.

Por otro lado, hay un predominio del consumo de psicofármacos en la población anciana con mareos y mayor morbilidad psíquica, según el cuestionario de GHQ-28.

Fundamentalmente queda demostrado que la calidad de vida de un paciente que sufre mareos se ve afectada e influye en su salud tanto física como psíquica. La habilidad funcional del anciano (autonomía y capacidad para realizar las actividades de vida diaria) ha disminuido en la población mareada en comparación con la población que no sufre mareos.

Por último, queda definir en qué se diferencian dos poblaciones obtenidas de esta muestra de 184 pacientes, una ha desarrollado temor a las caídas y la otra no. Al estudiar el grupo con temor a las caídas observamos que dentro de las enfermedades

médicas relevantes destacan diabetes mellitus, mareo de repetición, incontinencia urinaria, artropatías, osteoporosis, debilidad muscular y alteraciones en la vista. Hay cierta diferencia entre los dos grupos con respecto al mayor consumo de fármacos como anti-depresivos o ansiolíticos y a mayor tendencia a la polimedicación que tienen los pacientes con miedo a las caídas.

El grupo STAC usa más el bastón, han tenido

más caídas previamente y existe en ellos una mayor dificultad para realizar actividades de la vida diaria confirmada con el CUBRECAVI en el área de "Habilidades Funcionales". Los individuos que tienen temor a una caída presentan una baja puntuación en la escala de marcha y equilibrio de Tinetti con respecto a los que no tienen temor a caerse, lo que predice mayor riesgo de padecer una caída.

Tabla 5. VARIABLES CUANTITATIVAS DE TODA LA POBLACIÓN RELACIONADAS CON EL STAC

Variables cualitativas	Con STAC media (SD)	Sin STAC media (SD)	T de Student	P
EQUILIBRIO	12,6(4,3)	15,2(2,3)	-4,9	0,000
MARCHA	9,4(4)	11,6(1,7)	-4,6	0,000
Salud general	2,8(0,4)	3,1(0,3)	-5,3	0,048
Salud subjetiva	2,4(0,8)	2,6(0,6)	-2,1	0,033
Salud objetiva	2,9(0,4)	3,2(0,4)	-5,5	0,042
Salud psíquica	3,1(0,7)	3,4(0,6)	-3,4	0,001
PC Salud	81,4(27,9)	95,3(10,7)	-4,2	0,000
Habilidades funcionales	2,8(0,7)	3,6(0,5)	-7	0,000
Autonomía funcional	2,75(0,7)	3,4(0,6)	-6	0,000
AVD	3(0,9)	3,7(0,5)	-6	0,000
PC Habilidades funcionales	67,39(39,1)	92,9(20)	-5	0,000
Actividad y ocio	2,2(0,4)	2,4(0,2)	-4,2	0,000
Nivel de actividad	2,15(0,7)	2,4(0,6)	-2,4	0,014
Frecuencia de actividades	1,8(0,3)	2(0,3)	-3,5	0,000
Satisfacción de actividades	2,7(0,6)	2,9(0,3)	-2,7	0,007
PC Actividad y ocio	51,83(27,7)	66,6(21,5)	-3,9	0,000
Calidad ambiental	2,9(0,3)	2,9(0,06)	-2,2	0,027
Satisfacción con los elementos ambientales	2,9(0,3)	3(0,045)	-2,3	0,023
Satisfacción general con la vivienda	2,8(0,4)	2,9(1,1)	-1,8	0,040
PC Calidad ambiental	63,4(18,2)	68,6(8,6)	-2,3	0,021
Satisfacción con la vida	2,6(0,7)	2,9(0,6)	-2,8	0,005
PC de satisfacción con la vida	47,5(25)	58,1(21,8)	-3	0,003
Ingresos	1,3(0,4)	1,5(0,5)	-2,4	0,017
GHQ SOMÁTICO	2,4(2,5)	0,5(1,5)	5,6	0,000
GHQ ANSIEDAD	2,3(2,5)	0,9(1,8)	5,8	0,000
GHQ DISFUNCIÓN SOCIAL	1,8(2,2)	0,2(0,9)	5,8	0,000
GHQ DEPRESIÓN	0,7(1,8)	0,1(0,8)	2,9	0,004
GHQ TOTAL	7,3(7,3)	1,8(3,9)	6	0,000

P: probabilidad. PC: percentil. AVD: actividades de vida diaria

Todo ello hace que su calidad de vida se vea disminuida. Así, tienen peor salud general y baja su satisfacción por la vida en términos generales. En conjunto, resulta fácil entender que las actividades de tiempo libre y del ocio se vean perjudicadas en comparación con los pacientes que viven sin temor a una posible caída.

Por último tienen una puntuación total alta en el cuestionario GHQ de salud mental, en el grupo STAC con respecto al grupo no STAC, sobre todo en

los síntomas somáticos de origen psicológico, ansiedad y disfunción social.

Nuestro objetivo era estudiar la prevalencia del miedo a las caídas en una población con mareos crónicos frente a una población no mareada y comprobamos que la asociación con STAC es bastante evidente. Por otra parte, se confirma que los pacientes con STAC tienen peor calidad de vida y más afectación en trastornos psíquicos que los que no tienen miedo a caerse.

Tabla 6. VARIABLES ASOCIADAS CON STAC SEGÚN EL ANÁLISIS MULTIVARIANTE

Variable	Odds Ratio	I.C. 95%	P
Mujer	33,9	2-552,1	0,013
Diabetes mellitus	0,02	0-0,3	0,004
Mareo de repetición	0,06	0-0,7	0,029
Consumo de Antidepresivos	0,002	0-0,2	0,011
Caídas previas	0,01	0-0,3	0,008
Uso de bastón	0,005	0-0,5	0,025
PC bajo de satisfacción con la vida	0,8	0,8-0,9	0,008
GHQ disfunción social elevado	5,5	1,5-20,2	0,010

PC: percentil. P: probabilidad

BIBLIOGRAFÍA

1. Sloane PD, Coeytaux RR, Beck RS, Dallara J. Dizziness: state of the science. *Ann Intern Med* 2001;134:823-32.
2. Sixt E, Landahl S. Postural disturbances in a 75-year-old population: I. Prevalence and functional consequences. *Age Ageing* 1987;16:393-8.
3. Tinetti ME, Williams CS, Gill TM. Health, functional, and psychological outcomes among older persons with chronic dizziness. *J Am Geriatr Soc* 2000; 48:417-21.
4. Sloane PD. Evaluation and management of dizziness in the older patient. *Clin Geriatr Med* 1996; 12:785-801.
5. Chamberlin ME, Fulwider BD, Sanders SL, Medeiros JM. Does fear of falling influence spatial and temporal gait parameters in elderly persons beyond changes associated with normal aging? *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2005;60:1163-7.
6. Vellas BJ, Rubenstein LZ, Ousset PJ, Faisant C, Kostek V, Nourhashemi F, Allard M, Albarede JL. One-leg standing balance and functional status in a population of 512 community-living elderly persons. *Aging (Milano)* 1997;9:95-8.
7. Murphy SL, Dubin JA, Gill TM. The development of fear of falling among community-living older women: predisposing factors and subsequent fall events. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2003; 589:43-7.
8. Lach HW. Incidence and risk factors for developing fear of falling in older adults. *Public Health Nurs* 2005;22:45-52.
9. Nkodo Mekongo YP, De Breucker S, Delvaux N, Pepersack T. Fear of falling in older people. *Rev Med Brux* 2007;28:27-31.