

GEROKOMOS

REVISTA DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA GERIÁTRICA Y GERONTOLÓGICA Y DEL GRUPO NACIONAL PARA EL ESTUDIO Y ASESORAMIENTO EN ÚLCERAS POR PRESIÓN Y HERIDAS CRÓNICAS

s u m a r i o

Editorial

¿Quién defiende a esos ancianos?

Soldevilla Agreda J.J.

5

Agenda

7

Rincón científico

Comunicaciones

Valoración de enfermería: detección de la soledad y del aislamiento social en los ancianos de riesgo

Puig Llobet M., Lluch Canut M^o.T., Rodríguez Ávila N.

9

Características sociodemográficas, de salud y utilización de recursos sanitarios de cuidadores de ancianos atendidos en domicilio

González-Valentín A., Gálvez-Romero C.

15

Farmacología en la tercera edad: medicamentos de uso continuo y peligros de la interacción medicamentosa

Filié Haddad M., Satie Takamiya A., Martins da Silva E.M^o., Barros Barbosa D.

22

HELCOS

Rincón científico

Comunicaciones

Efectividad de la Película Barrera No Irritante en la prevención de lesiones de piel.

Revisión sistemática

García-Fernández F.P., Pancorbo-Hidalgo P.L., Verdú-Soriano J.

29

La efectividad de los ácidos grasos hiperoxigenados en el cuidado de la piel perilesional, la prevención de las úlceras por presión, vasculares y de pie diabético

Martínez Cuervo F., Pareras Galofré E.

41



VOLUMEN 20
NÚMERO 1
MARZO 2009



16 ¹Montserrat Puig Llobet
²María Teresa Lluch Canut
³Nuria Rodríguez Ávila

¹Diplomada en Enfermería. Licenciada en Antropología Social y Cultural. Profesora Asociada. Departamento de Enfermería de Salud Pública, Salud Mental y Materno-Infantil. Escuela de Enfermería. Universidad de Barcelona.

²Catedrática de Enfermería Psicosocial y Salud Mental. Departamento de Enfermería de Salud Pública, Salud Mental y Materno-Infantil. Escuela de Enfermería. Universidad de Barcelona.

³Doctora en Sociología. Profesora. Departamento de Sociología y Análisis de las Organizaciones. Universidad de Barcelona.

Correspondencia:

Montserrat Puig Llobet
Departamento de Enfermería de Salud Pública, Salud Mental y Materno-Infantil. Escuela de Enfermería. Universidad de Barcelona
Feixa Llarga s/n. 08907-L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona)
E-mail: monpuiglob@ub.edu

RESUMEN

Objetivo. Identificar los instrumentos de valoración que pueden ser de utilidad en la profesión enfermera para detectar la soledad y el aislamiento social en los ancianos de riesgo. **Metodología.** Se ha realizado una revisión de los instrumentos multidisciplinares que valoran la soledad y el aislamiento social, a partir de bases de datos y búsqueda manual de diagnósticos y escalas que determinen la soledad y el aislamiento social en la Taxonomía NANDA y la Taxonomía Nursing Outcomes Classification (NOC). **Resultados.** De los once instrumentos analizados, siete de ellos estiman la soledad tanto de forma subjetiva como objetiva. Sin embargo, existen diferencias en la forma de valoración. **Conclusiones.** Las escalas de valoración social y de soledad son un elemento útil en la detección de ancianos con riesgo de percibir y sufrir la soledad. Los resultados corroboran que los profesionales de enfermería tienen herramientas adecuadas en la detección de los factores de riesgo de la soledad y del aislamiento social.

PALABRAS CLAVE

Anciano frágil, diagnósticos de enfermería NANDA, escalas de valoración de riesgo social, soledad, taxonomía Enfermera NOC.

INTRODUCCIÓN

Las previsiones del envejecimiento de la población son uno de los desafíos del siglo XXI. Según un estudio de Nacio-

Valoración de enfermería: detección ⁹
de la soledad y del aislamiento social
en los ancianos de riesgo

*Nursing assessment: detection
of loneliness and social isolation in old
people in risk*

SUMMARY

Objectives: Identify the valuation instruments that can be useful in the nursing profession to detect loneliness and social isolation in the elderly at risk. **Methodology:** The review of multidisciplinary instruments that value the loneliness and social isolation from databases and search manual diagnostic and scales to determine the loneliness and social isolation in the NANDA Taxonomy and Taxonomy Nursing Outcomes Classification (NOC). **Results:** Of the eleven instruments analyzed, seven of them feel the loneliness of both subjective and objective manner. However, differences exist in the form of valuation. **Conclusions:** The scales of social value and loneliness are a useful element in the detection of elderly at risk of perceiving and suffer loneliness. The results confirm that nursing professionals have adequate instruments to detect the risk factors of loneliness and social isolation.

KEY WORDS

Fragile Elder, diagnoses of nursing NANDA, scales of valuation of social risk, loneliness, Nurse NOC.

nes Unidas (2003), España será en el 2050 el segundo país más envejecido del mundo, con un 35% de personas de 65 y más años (1). Al aumentar el número de personas



10 que llegan a la tercera¹ y a la cuarta edad², aumenta la prevalencia de personas mayores dependientes o de riesgo (2-4). Se entiende como anciano frágil aquella persona mayor con patologías que tienden a la incapacidad física y/o mental; con problemas sociales o factores demográficos (5). Destacamos que la Organización Mundial de la Salud (OMS) considera causas de fragilidad o de alto riesgo las situaciones presentadas en la Tabla 1.

Uno de los indicadores que considera la OMS en la fragilidad de los ancianos es el de si el anciano vive solo. Teniendo en cuenta que debido a la sucesión de pérdidas que se producen en la vejez, es más probable experimentar la soledad en esta etapa de la vida, dicho criterio es de utilidad para determinar no sólo si el mayor puede valer-se por sí mismo, sino también para determinar si el mayor puede percibir sentimiento de soledad.

Se destaca que el constructo de soledad es difícil tanto en su conceptualización como en su medición (7). Puede entenderse la soledad como la experiencia subjetiva que se produce cuando no estamos satisfechos o cuando nuestras relaciones no son suficientes; distinguiéndose la

soledad objetiva (falta de apoyo y compañía) de la soledad subjetiva (percepción de sentirse solo) (8). Desde la taxonomía enfermera, se define como riesgo de soledad el riesgo de experimentar malestar asociado al deseo o necesidad de mantener un mayor contacto con los demás, contemplándolo tanto desde una visión objetiva como subjetiva (9). Cabe hacer hincapié en que soledad y aislamiento social no son constructos sinónimos, aunque muchas veces están relacionados (Tabla 1). El aislamiento hace referencia a la objetividad y a la falta de relaciones y, en cambio, la soledad implica las vivencias o percepciones vividas (10). Desde la taxonomía enfermera, el aislamiento social se define como la soledad experimentada por el individuo y percibida como negativa o amenazadora e impuesta por otros, y se contempla desde una perspectiva objetiva y subjetiva (9).

Lo cierto es que la soledad es un sentimiento que preocupa mucho a los mayores. Según la encuesta realizada por el IMSERSO en 1995, los mayores señalaron la soledad como el problema de carácter no físico que más les preocupaba y esto sigue preocupando a los mayores, pues en un estudio más reciente se observa que un 22% de las personas mayores describió la soledad como un sentimiento doloroso y temido (8). En España existen más de un millón de personas mayores que viven solas y se observa que, a más edad, más aumenta la probabilidad de vivir solas; además, las personas que viven solas presentan más índices de soledad que las que tienen apoyo y compañía (7, 11). Por ello, parece necesario determinar cómo perciben los mayores su soledad (7). Sin embargo, el 90% de las personas mayores dependientes son cuidados por sus familiares (12, 13). Ante estas situaciones de dependencia, los mayores están apoyados por la estructura familiar y social (14).

La soledad ha sido estudiada desde varias perspectivas: analizando la soledad desde un punto de vista objetivo, subjetivo, como mecanismo de defensa o como mecanismo de adaptación (14, 15). Ante las situaciones descritas se halla la existencia de un paquete diverso de instrumentos de valoración que cambia en función del enfoque (objetivo *versus* subjetivo). El abordaje de la soledad y del aislamiento social en las personas mayores debe realizarse desde un enfoque multidisciplinar; por esta razón nuestro objetivo es tratar de identificar los instrumentos que pueden ser de utilidad en la profesión enfermera para detectar estas situaciones en los ancianos de riesgo, tanto desde una perspectiva general como desde la misma perspectiva enfermera.

Metodología

Partimos de un total de once instrumentos que valoran la soledad y el aislamiento social. Por un lado, se han identificado nueve instrumentos de valoración social que va-

Tabla 1. Indicadores de fragilidad en el anciano según la OMS (6)

Indicadores salud
Indicadores sociales
1. Patología crónica
2. Ictus con secuelas
3. Infarto de miocardio o insuficiencia cardíaca hace menos de seis meses
4. Enfermedad de parkinson
5. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
6. Patología osteoarticular degenerativa
7. Caídas
8. Déficit visual severo
9. Hipoacusia severa
10. Enfermedad terminal
11. Toma de tres fármacos con efectos secundarios importantes
12. Prescripción en el último mes de antihipertensivos, antidiabéticos o sedantes
13. Ingreso hospitalario en los últimos doce meses
14 Necesidad de atención sanitaria en el domicilio una vez al mes
15. Incapacidad funcional por otras causas
16. Deterioro cognitivo
17. Depresión
18. Ser mayor de 80 años
19. Vivir solo
20. Viudez inferior a un año
21. Cambio de domicilio hace menos de un año
22. Situación económica precaria

¹Se entiende por tercera edad las personas mayores de 65 años hasta 80 años.

²Se entiende por cuarta edad las personas mayores de 80 y más años.

Tabla 2. Instrumentos de valoración de riesgo social que contemplan la soledad y el aislamiento social en el anciano y en la población general

Nombre	Características	Ítems	Valoración soledad
Escala sociofamiliar de Gijón (García-González JV y Díaz-Palacios, 1999) (16)	Creada a final de los años 90. El cuestionario recoge aspectos sobre las condiciones del entorno. La escala de valoración de déficit sociofamiliares es la siguiente: <ul style="list-style-type: none"> • < 10: Buena o aceptable situación social. • 10-14: Riesgo social; • > 15 Problema social 	<ul style="list-style-type: none"> • Vivienda • Situación económica • Relaciones sociales • Apoyo red social • Apoyo familiar (convivencia) 	<ul style="list-style-type: none"> • Objetiva: sí • Subjetiva: no
Escala OARS de recursos sociales (Duke University, 1978) (17)	Instrumento multidimensional adaptado a la población mayor Evalúa las respuestas en una escala de 6 puntos, donde 1 es excelentes recursos sociales y 6 es deterioro social total	<ul style="list-style-type: none"> • Estructura familiar • Recursos sociales • Recursos económicos • Salud mental • Salud física y capacidades para la realización de las AVD 	<ul style="list-style-type: none"> • Objetiva: sí • Subjetiva: no
Escala de Filadelfia (Lawton, 1975) (18)	Evalúa la actitud frente al envejecimiento, la insatisfacción con la soledad y el grado subjetivo de satisfacción del mayor. Es bastante fiable, su limitación se produce por la presencia de trastornos del lenguaje (afasias) y deterioro cognitivo.	<ul style="list-style-type: none"> • 17 preguntas de tipo subjetivo. • Las respuestas indican una actitud positiva y cada pregunta cuenta un punto. 	<ul style="list-style-type: none"> • Objetiva: no • Subjetiva: sí
Apgar familiar 1982 (Smilkstein, 1978 y 1982) (19)	Cuestionario que evalúa el impacto positivo y negativo de la función familiar en la salud de sus miembros. Escala tipo likert. Puede ser: Autoadministrada Heteroadministrada. Los puntos son: Disfuncional leve: 0-2 Disfuncional grave: 3-6. Normo funcional: 7-10;	<ul style="list-style-type: none"> • Adaptabilidad • Cooperación • Desarrollo • Afectividad • Capacidad de resolución 	<ul style="list-style-type: none"> • Objetiva: sí • Subjetiva: sí
Cuestionario de Barber (1980) (20)	Consta de nueve preguntas que se utilizan como <i>screening</i> para detectar grupos de riesgo o de fragilidad	<ul style="list-style-type: none"> • Convivencia • Recursos sociales • Apoyo familiar • Dependencia ABVD/AIVD • Problemas auditivos o de vista • Ingreso hospitalario Cada respuesta afirmativa vale 1 punto, y 1 punto o más sugiere situación de riesgo	Objetiva: sí Subjetiva: no
Escala de Soledad UCLA: Universidad de California en Los Ángeles (Russell, Peplau y Cutrona, 1980) (7)	Se trata de una de las escalas más utilizadas para la medición global del sentimiento de soledad como estructura unidimensional	<ul style="list-style-type: none"> • Sociabilidad • Intimidad con otros 	<ul style="list-style-type: none"> • Objetiva: sí • Subjetiva: sí
Escala SELSA: <i>Social and Emotional Loneliness Scale for Adults-Short</i> (DiTommaso y Barry Spinner, 1992) (7)	Es una escala formada por tres subescalas que mide la soledad emocional y social	<ul style="list-style-type: none"> • Subescala emocional romántica o de pareja. • Subescala de relaciones con la familia • Subescala de relaciones con los amigos 	<ul style="list-style-type: none"> • Objetiva: sí • Subjetiva: sí



Tabla 2. Instrumentos de valoración de riesgo social que contemplan la soledad y el aislamiento social en el anciano y en la población general (continuación)

Nombre	Características	Ítems	Valoración soledad
Escala ESLI: <i>Emotional and Social Loneliness Scales</i> (Oshagan y Allen, 1992) (7)	Formada por dos subescalas que valora las relaciones sociales y la soledad emocional.	<ul style="list-style-type: none"> • Escala de soledad emocional: asociada al estatus y experiencia de relaciones amorosas. • Escala de soledad social: asociada a las redes de amigos 	<ul style="list-style-type: none"> • Objetiva: sí • Subjetiva: sí
Escala ESTE de Soledad (Rubio y Aleixandre, 2001) (7)	Dicha escala surge como una necesidad ante las dificultades de conceptualización y de medición del constructo "Soledad". Escala constituida a partir de las siguientes escalas: Escala UCLA; Escala SELSA; Escala ESLI y la Escala de satisfacción vital de Philadelphia.	<ul style="list-style-type: none"> • 36 ítems agrupados en 4 factores: <ul style="list-style-type: none"> - Soledad familiar - Soledad conyugal - Soledad social - Soledad existencial • Se valora la autopercepción de la soledad, el nivel de apoyo recibido y la satisfacción con los contactos sociales 	<ul style="list-style-type: none"> • Objetiva: sí • Subjetiva: sí

loran la soledad y el aislamiento social en los ancianos y en la población general (Tabla 2). Las palabras claves utilizadas para la revisión fueron: instrumentos, escalas de valoración de riesgo social en el anciano y sentimiento de soledad. Consultadas en las siguientes bases de datos: Cuiden, Cuidatge, Enfispso, Lilacs, PubMed.

Por otro lado, se realizó una búsqueda manual de los diagnósticos de enfermería NANDA (*North American Nursing Diagnosis Association*) y los resultados de la *Nursing Outcomes Classification* (NOC) de la última edición. En relación a los diagnósticos enfermeros destacamos que no se trata de instrumentos de valoración en sí, sino de características definitorias que contribuyen a poder utilizar y relacionar un instrumento o escala específica para el diagnóstico enfermero identificado. En la búsqueda se han hallado dos diagnósticos de enfermería: Aislamiento Social y Riesgo de Soledad, que pueden ser valorados a partir de dos escalas NOC (Tabla 3).

Se destaca que la Escala NOC: Severidad de la soledad incluye en su valoración aspectos de la escala UCLA (Russell, Peplau y Cutrona, 1980) descrita en la Tabla 2.

Ambas escalas NOC pueden utilizarse en los dos diagnósticos enfermeros planteados.

RESULTADOS

Entre los componentes encontrados en los once instrumentos analizados, se especifican los que determinan la objetividad y subjetividad de la soledad (Tabla 4). Se clasifica como objetividad la valoración de apoyo familiar y apoyo social; y como subjetividad, la valoración del sentimiento de soledad, quedando distribuidos del siguiente modo.

Sentimiento o percepción subjetiva de soledad

Escala de Filadelfia (Lawton, 1975), Apgar familiar (Smilkstein, 1978 y 1982), Severidad de la soledad (NOC), Escala ESTE de Soledad (Rubio y Aleixandre, 2001), Escala ESLI (Oshagan and Allen, 1992), Escala SELSA (DiTommaso and Barry Spinner, 1992), Escala UCLA (Russell, Peplau y Cutrona, 1980).

Apoyo familiar

Escala sociofamiliar de Gijón (García-González JV y Díaz-Palacios 1999), Escala OARS (Duke University, 1978), Cuestionario de Barber (1980), Apgar familiar (Smilkstein, 1978 y 1982), Severidad de la soledad (NOC), Soporte social (NOC). Escala ESTE de Soledad (Rubio y Aleixandre, 2001), Escala ESLI (Oshagan and Allen, 1992), Escala SELSA (DiTommaso and Barry Spinner, 1992), Escala UCLA (Russell, Peplau y Cutrona, 1980).

Apoyo social

Escala sociofamiliar de Gijón (García-González JV y Díaz-Palacios, 1999), Escala OARS (Duke University, 1978), Apgar familiar (Smilkstein, 1978 y 1982), Cuestionario de Barber (1980), Severidad de la soledad (NOC), Soporte social (NOC), Escala ESTE de Soledad (Rubio y Aleixandre, 2001), Escala ESLI (Oshagan and Allen, 1992), Escala SELSA (DiTommaso and Barry Spinner, 1992), Escala UCLA (Russell, Peplau y Cutrona, 1980).

De los once instrumentos analizados, siete de ellos estiman la soledad tanto de forma subjetiva como objetiva. Sin embargo, existen diferencias en la forma de

Tabla 3. Diagnósticos de enfermería y resultados NOC que estiman la soledad

Diagnósticos de enfermería (9)	Escalas NOC relacionadas con ambos diagnósticos (21)
Aislamiento social (Código 00053) Definición: soledad experimentada por el individuo y percibida como negativa o amenazadora e impuesta por otros. • Valoración de la soledad: - Objetiva: sí - Subjetiva: sí	Severidad de la soledad (Código 1203) 26 ítems Puntuación tipo liker del 1 al 5: 1 (gravedad) y 5 (ninguna gravedad) • Valoración de la soledad: - Objetiva: sí - Subjetiva: sí
Riesgo de soledad (Código 00054) Definición: riesgo de experimentar malestar asociado al deseo o necesidad de mantener un mayor contacto con los demás. • Valoración de la soledad: - Objetiva: sí - Subjetiva: sí	SopORTE social (Código 1504) 12 ítems Puntuación tipo liker del 1 al 5: 1 (inadecuado) y 5 (completamente adecuado) • Valoración de la soledad: - Objetiva: sí - Subjetiva: no

Tabla 4. Instrumentos analizados según el enfoque objetivo y subjetivo

Instrumentos	Sentimiento soledad	Apoyo familiar	Apoyo social
Escala Filadelfia	X	—	—
Apgar Familiar	X	X	X
Escala sociofamiliar de Gijón	—	X	X
Escala OARS	—	X	X
Cuestionario de Barber	—	X	X
Severidad de la soledad (NOC)	X	X	X
SopORTE social (NOC)	—	X	X
Escala de Soledad UCLA	X	X	X
Escala SELSA	X	X	X
Escala ESLI	X	X	X
Escala ESTE de soledad	X	X	X

valoración, pues algunos de los instrumentos valoran circunstancias específicas de la soledad, como por ejemplo la soledad de pareja, y otros lo hacen de forma más general; es decir, los ítems de valoración son distintos, aunque se pretenda valorar una misma dimensión o enfoque. Por otro lado, sólo se han localizado tres escalas específicas para valorar la situación de soledad en el anciano: Escala OARS (Duke University, 1978); Escala de Filadelfia (Lawton, 1975) y Escala ESTE de Soledad (Rubio y Aleixandre, 2001).

CONCLUSIONES

El aumento de personas mayores y los cambios de roles familiares hacen necesario determinar el riesgo de soledad en los ancianos que viven solos o con poco apoyo familiar o social. Después de analizar los instrumentos multidisciplinarios y los propios instrumentos enfermeros, llegamos a la conclusión de que el personal de Enfermería tiene un amplio abanico de instrumentos que pueden ayudarle en la valoración de la soledad y del aislamiento social en el anciano.

Además, los propios instrumentos enfermeros contemplan los dos aspectos fundamentales de valoración, es decir, el enfoque subjetivo y objetivo de la soledad, de forma que las escalas o instrumentos analizados son útiles en la detección de soledad. Sin embargo, dichos instrumentos deben complementarse con una buena observación y seguimiento global del anciano.

Se enfatiza que las Áreas Básicas de Salud y los Servicios Sociales juegan un papel muy importante e imprescindible en la detección de ancianos de riesgo y en la percepción de la soledad de esta población. Matizamos que el profesional de Enfermería de Atención Primaria juega un papel importante en dicha valoración, puesto que muchas veces conoce el entorno y situación de los pacientes que visita a nivel domiciliario.

Para concluir, podemos decir que las herramientas de valoración de riesgo social son válidas para detectar las necesidades y la calidad de vida de las personas mayores que viven solas o con poco apoyo familiar y social.



14 **BIBLIOGRAFÍA**

1. Abellán A. Indicadores demográficos. En Informe 2004: Las personas mayores en España. Observatorio de las Personas Mayores. Madrid: IMSERSO. CSIC 2004; 43-88.
2. Campo MJ. Apoyo informal a las personas mayores y el papel de la mujer Cuidadora. Opiniones y Actitudes nº 31. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas 2000.
3. Casado D, López G. Vejez, dependencia y cuidados de larga duración. Situación actual y perspectivas de futuro. Colección de Estudios Sociales nº 6. Barcelona: Fundación "La Caixa" 2001.
4. IMSERSO. Cuidados a las personas mayores en los hogares españoles: El entorno familiar. Colección Estudios Serie Dependencia. Madrid: IMSERSO 2005.
5. Gómez J. El anciano frágil. Detección, prevención e intervención en situaciones de debilidad y deterioro de su salud. Servicio de Promoción de la salud. Instituto de salud pública. Consejería de Sanidad. Madrid: Nueva Imprenta 2003.
6. Cervera MC, Sáiz J. Actualización en geriatría y gerontología I. Jaén: Editorial Formación Alcalá 2001.
7. Rubio R, Aleixandre M. Un estudio sobre la soledad en las personas mayores: entre el estar solo y el sentirse solo. Rev Mult Gerontol 2001; 11 Supl 1:23-28.
8. Boletín Sobre El Envejecimiento. La soledad de las personas mayores. Observatorio de Personas Mayores. IMSERSO 2000.
9. NANDA (North American Nursing Diagnosis Association). Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2007-2008. Madrid:Elsevier. Nanda Internacional 2007-2008.

10. Tunstall J. Old and alone: a sociological study if old people. Londres 1966.
11. IMSERSO. Cuidado a la Dependencia e inmigración: Informe de Resultados. Colección Estudios Serie Dependencia. Madrid: IMSERSO 2005.
12. Meil G. Imágenes de la Solidaridad Familiar. Opiniones y Actitudes nº 30. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) 2000.
13. Domínguez-Alcón C. Construyendo el equilibrio: Mujeres, Trabajo y Calidad de Vida. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales 2001.
14. Iglesias de Ussel J. La soledad en las personas mayores. Influencias Personales, Familiares y Sociales. Análisis cualitativo. Madrid: Instituto de Migraciones y Servicios Sociales. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2001.
15. Walker A. Actitudes europeas ante el envejecimiento y las personas mayores. Revista Española de Investigaciones Sociológicas 1996, 73:17-43.
16. García JV, Díaz E, Salamea A, Cabrera D, Menéndez A, Fernández-Sánchez A, et al. Evaluación de la fiabilidad y validez de una escala de valoración social en el anciano. Aten Primaria 1999; 23: 434-40.
17. Fernández-Ballesteros R, Zamarrón MD, Maciá A. Calidad de vida en la vejez en los distintos contextos: Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos sociales. IMSERSO 1996.
18. Lawton MP. The Philadelphia Geriatric Center Morale Scale: A revision. J Gerontol 1975; 30: 85-9.
19. Smilkstein G, Ashworth C, Montano M. Validity and reliability of the family APGAR as a test of family function. J Fam Pract 1982; 15: 303-11.
20. Barber JH, Wallis JB, McKeating E. A postal screening questionnaire in preventive geriatric care. J R Coll Gen Pract 1980; 30 Supl: 210:49-51.
21. Moorhead S, Johnson M, Maas M. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 3º ed. Madrid: Elsevier Mosby 2005.