

Physical Functionality and Social Support in Elderly Discharged from Intensive Therapy unit of the Civil Hospital of Madero, city in Tamaulipas.

Funcionalidad Física y Apoyo Social en Adultos Mayores Egresados de Terapia Intensiva del Hospital civil de Ciudad Madero, Tamaulipas.

Dra. Nora Hilda González Quirarte¹
Dra. Lidia Guadalupe Compeán Ortiz²
LE. Ma. del Refugio Becerra Ávalos³
MCEC Beatríz del Angel Perez⁴

^{1,2,3,4.} Universidad Autónoma de Tamaulipas/Facultad de Enfermería, Tampico, Tam., México, noragq@docentes.uat.edu.mx

Objetivo: Valorar la funcionalidad física y el apoyo social de los adultos mayores egresados de terapia intensiva de un hospital de segundo nivel de atención.

Metodología: Descriptivo con 31 adultos mayores egresados de la terapia intensiva del Hospital Civil de Cd. Madero, Tamaulipas, México. La funcionalidad física se expresó en grado de dependencia y autonomía de acuerdo a las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. Los cuestionarios fueron índice de Barthell y de Lawton y Brody; y apoyo social de Duke –UNK-11.

Resultados: En Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD), 29% de los participantes fueron independiente, 23% con escasa dependencia, 29% moderada y 19% severa o total. En las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) 26% autónomos y 35% con dependencia ligera o moderada y 39% severa o total. En apoyo social, 84% normal y solo 16% fue bajo.

Conclusiones: La funcionalidad física expresada en ABVD y AIVD mostró la mayor proporción de participantes con algún grado de dependencia física y pérdida de autonomía. En apoyo social, todos lo perciben y es la familia quien lo proporciona.

Palabras clave: Adulto mayor, funcionalidad física, apoyo social, terapia intensiva.

Objective: To measure the physical functionality and social support of the elderly discharged from the intensive therapy unit of a second level attention hospital.

Methodology: Descriptive. 31 elderlies discharged from intensive therapy in the civil hospital in Madero city, Tamaulipas, Mexico. The physical functionality was described in degrees of dependence or autonomy according to the daily life basic and instrumental activities. The Barthell's and Lawton and Brody's index questionnaires were used, and the Duke's UNK-11 for the social support.

Results: In the daily life basic activities (DLBA), 29% of the participants were independent, 23% presented a Little dependence, 29% moderate and 19% severe or total dependence. In the daily life instrumental activities (DLIA) 26% were autonomous whereas 35% presented a Little or moderate dependence and 39% severe or total. In terms of social support 84% consider it normal and only 16% low.

Conclusions: The physical functionality expressed in DLBA and DLIA, showed that most of the participants present some physical dependence and loss of autonomy; in terms of social support, all of them receive it and their families provide it.

Key words: Elderly, physical functionality, social support, intensive therapy.

I. INTRODUCCIÓN

El envejecimiento demográfico es un fenómeno que se presenta a nivel mundial, surge como resultado de la disminución de los niveles de fecundidad y de mortalidad, del aumento en la esperanza de vida y de la inmigración¹

En México en el proceso de envejecimiento desde hace algunas décadas se ha observado un estrechamiento de la base y una ampliación de la cúspide de la pirámide poblacional, el INEGI en 2015 reportó que las personas mayores de 60 años en el país pasaron a ser el 7.2% de la población total en 2015; siguiendo la tendencia de reducción en su base, mientras que continúa el crecimiento tanto en el centro como en la parte alta.² Según el Consejo Nacional de Población, CONAPO en 2013 para el 2050 habrá 150 millones 837,517 mexicanos y la esperanza de vida promedio será de 79.42 años; ésta, que actualmente es de 77.4 años para las mujeres y 71.7 para los hombres, aumentará a 81.6 y 77.3 años, respectivamente, lo cual muestra que el proceso de envejecimiento se ha venido acelerando.³

Conforme la población pasa por el ciclo de envejecimiento, aumenta la frecuencia de enfermedades crónicas, mismas que provocan complicaciones y secuelas además de que dificultan la independencia y la autonomía de las personas. Otros autores sostienen que las enfermedades crónicas más relacionadas con la dependencia funcional severa son la enfermedad vascular cerebral la depresión y la artropatía.⁴

Cuando se ha vivido 60 años y más, la funcionalidad se ve limitada a consecuencia, del envejecimiento que puede ser patológico y no patológico y lleva a la población de adultos mayores algunas veces, a enfermar y ser hospitalizados en terapia intensiva, de acuerdo a la experiencia profesional de la autora las entidades patológicas con las que mayormente ingresan a terapia intensiva los adultos mayores de 60 años son el Infarto Agudo al Miocardio (IAM) y problemas cardio- respiratorios, que como es sabido acarrear secuelas y complicaciones que ponen en riesgo su funcionalidad física.⁵

La OMS (2001) define la funcionalidad física como la habilidad que tiene una persona para realizar las actividades de la vida diaria (AVD) de manera autónoma, como son las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) que se refiere a todas aquellas actividades que las personas realizan como parte de su rutina diaria y las cuales sirven para el auto mantenimiento y el estilo de vida; por el contrario las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) son actividades más complejas y su realización requiere de un mayor nivel de autonomía personal; se asocian a tareas que implican la capacidad de tomar decisiones y resolución de problemas de la vida cotidiana.⁶

Los adultos mayores que presentan un estado crítico de salud a causa de comorbilidades agudas o crónicas y que son atendidos en terapia intensiva, su egreso suele ser incierto, pueden morir o en el mejor de los casos adquirir una secuela que disminuye su funcionalidad física limitando sus habilidades y generando mayor dependencia.⁷ Una de las mejores maneras de evaluar el estado de salud de los adultos mayores es mediante la evaluación funcional; la cual provee de datos objetivos que pueden indicar a futuro, ya sea una pérdida o mejoría en el estado de salud y permitir al personal de salud intervenir de manera adecuada.⁸

La familia, por su parte, es la red de apoyo más importante y eficaz en el ajuste a la vida.⁹ La Secretaría de Salud desde 2001, estableció que la familia les proporciona a los adultos mayores más oportunidades para que sean independientes, gocen de buena salud y sean productivos, que disfruten de mayor seguridad y comodidad, fomentando el bienestar y creando entornos más propicios; por tanto el apoyo social, según Fernández y Manrique,¹⁰ es fundamental en la actividad y en la satisfacción con la vida del adulto mayor,

debido a que permite mantener o conformar relaciones sociales con familiares y amistades generando una sensación de bienestar y la prevención de alteraciones en su funcionalidad física.

Desde la década de los 90 ¹¹ se ha considerado a la familia como la red de apoyo social natural y está integrada por la familia, amigos y allegados, compañeros de trabajo, vecinos y compañeros espirituales, cuya ayuda que prestan es inmediata ofreciendo un apoyo emocional y solidario muy positivo para el adulto mayor, así que un sujeto que viva solo sin familia cercana, contará con un apoyo social natural precario o inexistente que además propiciará un mal afrontamiento de su vejez.

Para el personal de enfermería es oportuno identificar la red de apoyo social en los adultos mayores así como integrarlo en la misma y que aún con los cambios propios de la vejez se puedan desarrollar fortalezas en la interacción con esta red, la información y el apoyo que se intercambian durante la atención enfermera-paciente requiere de esfuerzos e iniciativas que generen cambios en la conducta y actitudes individuales, en la calidad y frecuencia de la interacción; creando una red que con mayor responsabilidad sea capaz de proporcionar al adulto mayor, beneficios a corto y largo plazo en la satisfacción de sus necesidades emocionales, en la participación activa en la vida comunitaria, en la promoción de conductas saludables y una mayor calidad de vida. ¹⁰ Es por esto que en este trabajo se pretende identificar la funcionalidad física y el apoyo social de los adultos mayores que han egresado de la terapia intensiva del hospital Civil de Ciudad Madero Tamaulipas y que viven en Tampico, Madero y Altamira.

Objetivo general:

Valorar la funcionalidad física y el apoyo social de los adultos mayores egresados a sus domicilios de la terapia intensiva de un hospital de segundo nivel de atención.

Objetivos específicos:

En la población de adultos mayores egresados a sus domicilios de la terapia intensiva de un hospital de segundo nivel de atención en Ciudad Madero, Tamaulipas: A) Identificar las variables sociodemográficas B) Conocer las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria y C) Identificar el apoyo social.

II. MÉTODOS

Diseño del estudio:

El presente estudio fue cuantitativo, descriptivo y transversal ya que describió la funcionalidad física y el apoyo social de los adultos mayores que estuvieron hospitalizados en terapia intensiva y fueron dados de alta a sus domicilios. ¹²

Población y muestra:

Se identificó como población de estudio la incidencia anual de adultos mayores que estuvieron hospitalizados en terapia intensiva y que egresaron a sus domicilios del Hospital Civil de Ciudad Madero, Tamaulipas considerando los datos del año pasado inmediato a la aplicación de la encuesta, siendo un total de 75 adultos mayores, la muestra calculada fue no probabilística, dando un total de 59 participantes y por conveniencia se seleccionaron a quienes aún estaban con vida residiendo en Tampico, Madero y Altamira. El nivel de confianza con el que se calculó la muestra fue de 95% y margen de error de 5%, utilizando la siguiente ecuación estadística para proporciones poblacionales

$$n = \frac{z^2(p*q)}{e^2 + (z^2(p*q))}$$

N

n = tamaño de la muestra

z = nivel de confianza deseado

p = proporción de la población con la característica deseada (éxito) q = proporción de la población sin la característica deseada (fracaso) e = nivel de error dispuesto a cometer

N = tamaño de la población.

Criterios de inclusión.

Se incluyeron a los adultos mayores que estuvieron hospitalizados en terapia intensiva, egresaron a sus domicilios, que aún estaban vivos y en condiciones físicas y neurológicas de poder responder y desear hacerlo, además de estar viviendo en Tampico, Madero y Altamira.

Criterios de exclusión:

Se excluyeron a 28 adultos mayores que habían fallecido por lo que se encuestaron a 31 adultos mayores que aún permanecían vivos y fueron los que constituyeron la muestra.

Procedimiento para recolección de la información

Después de obtener el permiso correspondiente con los comités de ética e investigación de la Facultad de Enfermería de la UAT, se procedió a solicitar el permiso pertinente con las autoridades de la institución de salud seleccionada para dirigirse a la población de interés, se obtuvo el número total de la población de adultos mayores hospitalizados en terapia intensiva durante el año pasado inmediato al momento de la aplicación de la encuesta, se calculó una muestra no probabilística con un muestreo por conveniencia y se solicitaron las direcciones de los adultos mayores que durante el mes de enero a marzo estuvieron hospitalizados en terapia intensiva, se acudió a los hogares de los participantes y se procedió a explicar el motivo de la visita y a quienes reunieron los criterios de elegibilidad se les aplicó las encuestas, explicándoles brevemente el motivo del estudio solicitando por escrito su consentimiento informado. Finalmente se les agradeció su participación y se procedió a despedirse y retirarse de sus hogares.

Instrumentos y mediciones:

Para recolectar la información se utilizaron dos instrumentos y una cédula de datos sociodemográficos, También se utilizaron 1) el índice de Barthel y el índice de Lawton y Brody, 2) el apoyo social Duke – UNK-11.

Análisis de resultados:

Los datos fueron analizados con el paquete estadístico SPSS versión 21.¹³ Para describir las variables de estudio se utilizó estadística descriptiva como son frecuencias, porcentajes y medida de tendencia central.

Consideraciones éticas:

Para las consideraciones éticas del estudio se tomó en cuenta lo señalado en el Reglamento de la Ley General de Salud,¹⁴ vigente en materia de Investigación en seres humanos. Se consideró lo establecido en el Título II Capítulo I, conforme al artículo 13 se respetó la dignidad y la protección de los derechos y bienestar del participante; en apego al artículo 14 fracción V, la investigación contó con un consentimiento informado por escrito; de acuerdo al artículo 16, el presente estudio protegió la privacidad del participante.

Dentro del artículo 17 fracción II se trató de una investigación de riesgo mínimo ya que, aunque no se realizó una intervención en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales en los individuos participantes se tomaron mediciones antropométricas que implicaron pesarlos y medirlos.

De acuerdo al artículo 18 se suspendió la investigación cuando el participante lo manifestó. Conforme al artículo 21 fracción VIII el participante recibió una explicación clara y completa de los objetivos del estu-

dio y de las mediciones que se le realizaron y además, se le garantizó la confidencialidad en el manejo de la información; en base al artículo 22 fracción I y IV el consentimiento informado fue hecho por escrito.

III. RESULTADOS

Análisis de confiabilidad:

Se encontró que los cuestionarios, apoyo social, actividades básicas de la vida diaria y actividades instrumentales de la vida diaria, todos ellos con un alfa de Cronbach arriba de 0.80 lo cual indica que son índices altamente aceptables, ver tabla 1.

Tabla 1. *Índices de confiabilidad de las variables principales*

Instrumento	Número de ítems	Media	Alfa de Cronbach
Índice de Barthel ABVD	10	76.68	0.95
Índice de Lawton AIVD	8	3.81	0.86
Apoyo social funcional	11	46.03	0.95

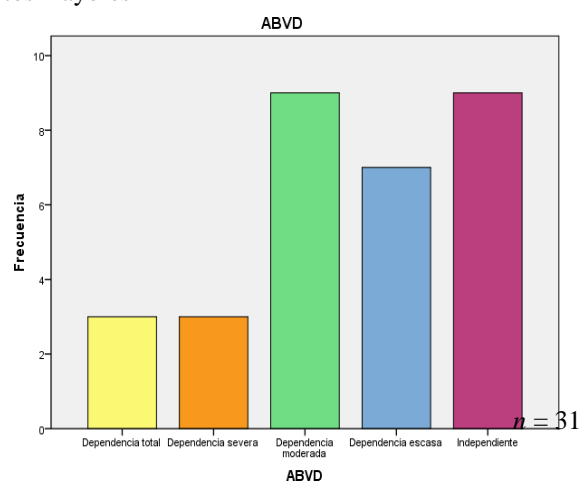
Fuente: Índice de Barthel, Lawton y Body y Duke-UNK-11

$n = 31$

En el estudio participaron 31 adultos mayores egresados de terapia intensiva del hospital civil de ciudad madero, tamaulipas con una edad promedio de 71 años, de los cuales 61% eran mujeres y 39% hombres; 29% no contaba con educación escolarizada, 51% tenía una educación de nivel primaria, 80% profesaba la religión católica, 38% era casado mientras que 45% era viudo; 48% era proveniente de otro estado; 26% era laboralmente activo o jubilado, mientras que 74% se dedicaba al hogar; 81% tenían un ingreso familiar promedio menor a los \$10,000; 87% pertenecía a una familia compuesta por padres e hijos y 90% tenía de 2 a 5 integrantes en su familia; 52% tenía de 2 a 5 días de estancia en terapia intensiva, 58% había ingresado por infarto y 52% tenía un estado de salud actual regular.

De acuerdo al índice de Barthel, en las ABVD sólo 29% de los participantes es Independiente, 23% presenta una escasa dependencia, 29% moderada y 19% presenta una dependencia severa o total.

Figura 1. Actividades básicas de la vida diaria de los adultos mayores



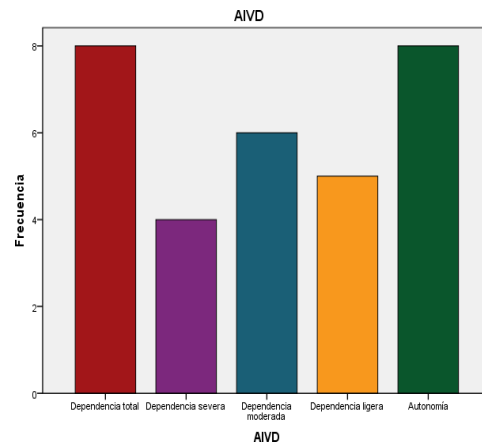
Fuente: Índice de Barthel

Con respecto a la funcionalidad física expresada en las ABVD y las AIVD, las primeras muestran que 29% de los participantes presentaron independencia total mientras que 71% presentó dependencia en grados de escasa, moderada y severa; dichos resultados son semejantes con los que presentaron Rodríguez y Bejines-Soto^{15,16} y los resultados del estudio de Villavicencio¹⁷ quienes encontraron que una menor proporción de sus participantes mostraron independencia total. Y con el estudio de Hoyas¹⁸ que también encontraron que las ABVD son en las que los adultos mayores muestran mayor grado de dependencia. Así mismo el presente estudio difiere con los resultados de Pinillos-Patiño, Prieto-Suarez; Poblete y los resultados de Chávez-Moreno.^{19,20,21}

Apreciando que en estos tres estudios la mayor proporción de los participantes son independientes, dicha situación puede deberse a que en dos de ellos el contexto donde se llevaron a cabo fue en clubes geriátricos de estancia corta y aparentemente sanos donde se prevé que las horas que asisten a la estancia los adultos mayores, son aquellas donde se requiere mayor cuidado y actividad, entendiéndose que son los proveedores de la estancia quienes llevan a cabo este cuidado, permitiendo que las familias se ocupen en sus labores cotidianas laborales y académicas y el tiempo que pasan con ellos sea de recreación, esparcimiento y de mayor calidad, situación que es claramente percibida por los adultos mayores. Sin embargo, el estudio de Chávez²² se llevó a cabo con la participación de adultos mayores hospitalizados y es el personal de enfermería quien atiende a este grupo poblacional por ser ellas el personal clínico responsable de proporcionar los cuidados.

La Figura 2 muestra que 26% de los participantes es autónomo en cuanto al desarrollo de las AIVD, mientras que 35% presenta dependencia ligera o moderada y 39% presenta dependencia severa o total.

Figura 2. Actividades instrumentales de la vida diaria de los adultos mayores

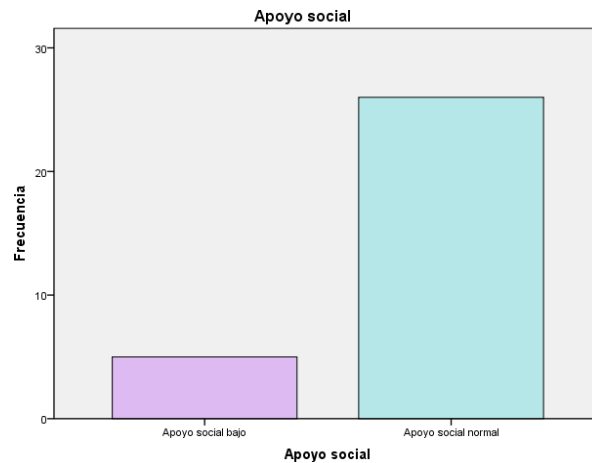


Fuente: Índice de Lawton y Brody

$n = 31$

Con respecto a los resultados del presente estudio en las AIVD, 74% presentaron algún grado de dependencia mientras que 26% fueron completamente independientes coincidiendo con Pinillos-Patiño, Prieto-Suarez¹⁹ que mostraron que la mayor proporción de sus participantes, 68.1 % contaba con un grado de dependencia. En cuanto a la escala de ASF, el 100% de los participantes percibieron apoyo social afectivo y confidencial, 84% de los participantes percibieron apoyo social normal mientras que sólo 16% percibieron apoyo social bajo.

Figura 3. Apoyo social funcional percibido por los adultos mayores



Fuente: Escala de Duke – UNK – 11

$n = 31$

En cuanto al apoyo social los resultados de este estudio mostraron que el 100% de la muestra percibieron apoyo social por parte de sus familiares, en cualquiera de los grados de normal o disminuido lo cual coincide con los estudios realizados por Fernández, 2010,²³ quienes mostraron que la mayor proporción, 94.9 % percibieron apoyo social por parte de sus familiares y con el estudio de Polizzi y Arias en 2014,²⁴ quienes encontraron que el apoyo social percibido por sus participantes fue también por parte de sus familiares

En los hallazgos de este estudio se encontró que los participantes no mostraron diferencia en el apoyo social en cuanto al sexo entre hombres y mujeres coincidiendo en los resultados del estudio realizado por Vivaldi y Barra²⁵ que tampoco mostró diferencia significativa entre hombres y mujeres.

IV CONCLUSIONES

El índice de confiabilidad de los instrumentos utilizados en este estudio fue superior a .80 corroborando su aplicabilidad y validez en población mexicana en este y otros

trabajos. Con respecto a la funcionalidad física expresada en ABVD y AIVD la mayoría de los participantes mostraron algún grado de dependencia física en las ABVD y AIVD por lo que la funcionalidad física de los participantes de este estudio refleja la pérdida de la autonomía.

El apoyo social en este grupo poblacional está presente en la totalidad de los participantes y lo perciben por parte de la familia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hernández, M., López, R., y Velarde, S. La situación demográfica en México. Panorama desde las proyecciones de población. La situación demográfica de México 2013. (2013), 11-19. [25 febrero 2016] (http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Resource/1720/1/images/1_La_Situacion_Demografica_En_Mexico.pdf).
2. INEGI. Resultados Definitivos de la Encuesta Intercensal. En Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Aguascalientes, Aguascalientes: INEGI. (2015). (http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/boletines/2015/especiales/especiales2015_12_3.pdf)
3. CONAPO. Situación demográfica en México. [2013]. (http://www.conapo.gob.mx/en/CONAPO/La_Situacion_Demografica_de_Mexico_2013)
4. Menéndez Jiménez, J., Guevara González, A., Arcia, N., León Díaz, E. M., Marín, C., y Alfonso, J. C. Enfermedades crónicas y limitación funcional en adultos mayores. Estudio comparativo en siete ciudades de América Latina y el Caribe. [(2014).]. (<http://www.scielo.org/pdf/rpsp/v17n5-6/26272.pdf>)
5. Ugalde, H., Espinosa, P., Pizarro, G., y Dreyse, X. Infarto agudo al miocardio en pacientes de 80 y más años. Evolución hospitalaria y seguimiento. *Revista médica de Chile*, 136(6), 694-700. [2008]. (www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872008000600002)
6. Andrea, M. H. e Irene, L. M. (2007). Influencia de la práctica del ejercicio en la funcionalidad física y mental del adulto mayor. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 15(1), 11-20. Recuperado de: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDARTICULO=18878>
7. Medline Concepto de terapia intensiva. (2017). <https://medlineplus.gov/spanish/criticalcare.html>
8. Organización panamericana de la salud. (1997). Evaluación funcional del adulto mayor. En organización mundial de la salud. O.M.S.
9. Ávila, M. Caracterización de la familia del anciano con deterioro cognitivo, *Revista cubana de salud pública* 38(2): 246-252. (2012). (http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol38_2_12/spu07212.htm)
10. Fernández Alba, R. y Manrique-Abril, F. G. Rol de la enfermería en el apoyo social del adulto mayor. *Enfermería global*. (19), 0-0. (2010). http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S169561412010000200016&script=sci_arttext&lng=pt
11. Gallar, M. Promoción de la salud y apoyo psicológico al paciente. Thomson- Paraninfo. (1998).
12. Hernández, Fernández y Baptista, Metodología de la Investigación. 5ta Edición. (2014).
13. SPSS. Manual del usuario del sistema básico de IBM SPSS Statistics 19. ([http://www.cs.bme.hu/~kela/SPSSStatistics%20\(E\)/Documentation/Spanish/Manuals/IBM%20SPSS%20Statistics%2019%20Core%20System%20User's%20Guide.pdf](http://www.cs.bme.hu/~kela/SPSSStatistics%20(E)/Documentation/Spanish/Manuals/IBM%20SPSS%20Statistics%2019%20Core%20System%20User's%20Guide.pdf))
14. Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud. Reglamento de la ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. [(2014)]. (<http://i.guerrero.gob.mx/uploads/2013/08/Reglamento-de-la-Ley-General-de-Salud-en-Materia-de-Investigacion-para-la-Salud.-D.O.F.-06-01-1987.-Ultima-Reforma-02-04-2014>).
15. Rodríguez, R. V., Soto, M. B., Gutiérrez, R. S., Brambila, A. B. M., Guerrero, V. B., y Ortiz, L. G. Envejecimiento y capacidad funcional en adultos mayores institucionalizados del occidente de México. *Nure Investigación*, 12(74). [2015]. (Recuperado de: <http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/86>)
16. Bejines-Soto, M., Velasco-Rodríguez, R., García-Ortiz, L., Barajas-Martínez, A., Aguilar- Núñez, L. M., & Rodríguez, M. L. Valoración de la capacidad funcional del adulto mayor residente en casa hogar. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 23(1), 9-15. [2015]. (<http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2015/eim151c.pdf>).
17. Villavicencio, M. E. F., Leal, M. A. G., Flores, I. J. M., López, M. G. V., Pérez, G. J. G., & Ávila, M. C. Funcionalidad y autopercepción de la salud en adultos mayores con fracturas. *Psicología y Salud*, 25(2), 191-200. [2015]. (<http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/1819>)
18. Hoyas, E. H., Pérez, E. P., Maturana, A. Á., López-Alberca, S. G., y Altred, C. G. Predictores de funcionalidad en el daño cerebral adquirido. *Neurología*, 30(6), 339- 346. [2015] (<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213485314000085>).
19. Pinillos-Patiño, Y., y Prieto-Suárez, E. Funcionalidad física de personas mayores institucionalizadas y no institucionalizadas en Barranquilla, Colombia. *Revista de salud pública*, 14(3), 438-447. (2012). (<http://www.scielo.org/pdf/rsap/v14n3/v14n3a07.pdf>)
20. Poblete, F., Flores, C., Abad, A., & Díaz, E. Funcionalidad, fuerza y calidad de vida en adultos mayores activos de Valdivia. *Revista Ciencias de la Actividad Física*, 16(1). (2015). <https://revistacaf.com/ojs/index.php/RCAF/article/view/24>
21. Chávez-Moreno, D. V., Infante-Sierra, H., & Serralde-Zúñiga, A. E. Sarcopenia y funcionalidad en el adulto mayor hospitalizado. *Nutrición Hospitalaria*, 31(4). (2015). <http://www.redalyc.org/html/3092/309238513028/>
22. Ibidem 21
23. Fernández, L. K. (2010). Valoración geriátrica integral. *El residente*. 5(2), 55-65 Recuperado de: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDARTICULO=24799>
24. Polizzi, L., & Arias, C. J. Los vínculos que brindan mayor satisfacción en la red de apoyo social de los adultos. *Pensando Psicología*, 10(17), 61-70. (2014). <https://revistas.ucc.edu.co/index.php/pe/article/view/785>

XVI Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería, Cuba 2018

25. Vivaldi, F., & Barra, E. Bienestar psicológico, apoyo social percibido y percepción de salud en adultos mayores. *Terapia psicológica*, 30(2), 23-29. (2012). http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071848082012000200002&script=sci_arttext&tlng=pt