

Percepción de apoyo social en pacientes hospitalizados*

Rosa María Roure¹
Abilio Reig²
Joan Vidal³

¹Titulada Superior en Enfermería por la Universidad de Alicante y Licenciada en Enfermería por la Hogeschool Zeeland de Holanda
²Profesor del Departamento de Psicología de la Universidad de Alicante
³Profesor del Departamento de Medicina de la Universidad de Lleida y Master en Bioética y Derecho

Correspondencia:
Rosa María Roure Murillo
Nadal Meroles 26, 2º 2ª
25008 Lleida
E-mail:
rroure@eresmas.com

Resumen

Fundamentos: El objetivo de nuestro trabajo ha sido valorar el apoyo social percibido en pacientes de más de 64 años de edad al igual que en sus cuidadores informales en un Servicio Hospitalario de Traumatología, así como conocer las características específicas en nuestro medio.

Métodos: Todas las variables se han recogido mediante un triple cuestionario estructurado a un total de 127 pacientes, utilizando para medir el apoyo social funcional el cuestionario Duke-UNC.

Resultados: Para los enfermos, la puntuación de apoyo social percibido fue de 44,6 de media; los cuidadores informales presentaron una percepción global media de 43,9. El papel del cuidador informal se valora como muy imprescindible para el 51% de los enfermos, el 37,3% de los propios cuidadores informales y el 25,6% de los profesionales.

Conclusiones: La mejor puntuación de apoyo social percibido ha correspondido a la percepción de afecto. Al cuidador informal se le considera como imprescindible para la recuperación del paciente y de ayuda en la atención profesional.

Palabras clave: Apoyo social. Personas mayores. Cuidadores informales.

Summary

Grounds: The aim of our work has been to value the social support realised in 64 year old patients as well as in their informal carers in a Hospital Service of Traumatology and, at the same time, to know the specific characteristics in our work.

Methods: all the variables have been taken through a triple questionnaire structured in a total of 127 patients, using the questionnaire Duke-UNC to measure the functional social support.

Results: For ill people, the punctuation of perceived social support was 44,6 on average; the informal carers presented an average global perception of 43,9. The role of the informal carer is worth as very essential for 51% of

ill people, the 37,3% of the own informal carers and the 25,6% of the professional.

Conclusions: The best punctuation of social support realised has corresponded to the perception of affection. The informal care is considered as essential for the patient recovery and of great help in hospitalisation.

Key words: Social support. The aged. Informal carers.

Introducción

Al igual que ocurre en otras profesiones, también en enfermería se observa una creciente tecnificación que cuestiona en ocasiones la profunda dimensión humana que ha caracterizado tradicionalmente a dicha disciplina. De la mano de la preponderancia tecnológica, la superespecialización se ha extendido a muchas situaciones profesionales y puja por tomar carta de naturaleza en enfermería. Esta realidad resulta fácilmente constatable, no sólo en la práctica asistencial sino también en enfoques educativos y de investigación.

Las nuevas tecnologías y la mentalidad que llevan asociadas suponen un importante reto para el profesional de ciencias de la salud, obligado a adaptarse rápidamente a una situación nueva y exigente. El mundo tecnológico lleva consigo un peligro cierto de deshumanización que resulta especialmente grave en una profesión basada en cuidar al ser humano.

En un intento de conocer mejor algunos aspectos relativos a la dimensión asistencial de nuestra profesión, nos hemos propuesto estudiar la percepción de apoyo que manifiestan los pacientes en nuestro medio, así como la de sus cuidadores informales.

Podemos definir el nivel de apoyo social como el grado de satisfacción de las necesidades básicas de

*Trabajo de investigación fin de carrera, dentro del convenio de colaboración entre la Universidad de Alicante y la Hogeschool Zeeland de Holanda

la persona a través de la interacción con otros, entendiendo por necesidades básicas las de afecto, estima, aprobación, sentido de pertenencia, identidad y seguridad¹. Son numerosos los estudios epidemiológicos²⁻⁵ que han señalado la relación existente entre apoyo social y salud, de forma que al aumentar el apoyo social se observa mejoría de la salud, tanto física como psíquica. Oxman, *et al.*⁴ han comprobado esta interdependencia en personas mayores. Algunos estudios destacan la reducción de la tasa de mortalidad⁶ en individuos con buen apoyo social o el aumento de la utilización de los servicios de salud en caso de apoyo social pobre⁷.

La percepción de apoyo social que posee el enfermo dependerá de la atención que reciba del entorno profesional y de la persona que le acompaña (cuidador informal). Sin embargo, los trabajos sobre apoyo social se centran generalmente en el medio extrahospitalario, siendo objeto de menor atención en el paciente hospitalizado.

En el presente trabajo nos hemos propuesto los siguientes objetivos:

1. Conocer las características de la población de enfermos mayores de 64 años que ingresan en un Servicio hospitalario de Traumatología, valorando la percepción de apoyo social que tienen el propio enfermo y su cuidador informal, así como las deficiencias que aprecian en la labor del profesional de enfermería.
2. Averiguar la importancia que se atribuye al cuidador informal y el tipo de colaboración que presta.

Material y métodos

Se ha realizado el estudio transversal de una muestra formada por todos los pacientes de más de 64 años ingresados en el Servicio de Traumatología del Hospital Universitario Arnau de Vilanova de Lleida entre el 1 y el 30 de Abril de 2001. También se ha incluido en el estudio su cuidador informal.

Para este estudio hemos empleado un cuestionario estructurado de auto evaluación, con preguntas comunes y otras específicas para el enfermo, el cuidador informal y el profesional de enfermería.

Para valorar el grado de apoyo social hemos utilizado la escala de Duke-UNC, modificada y validada por Broadhead⁸. Esta escala incluye 11 ítems, evaluados mediante una escala Likert con 5 opciones de respuesta, puntuadas de 1 a 5 (desde "mucho

menos de lo que deseo" a "tanto como deseo"). Se trata de un cuestionario validado que recoge la opinión del individuo acerca de la disponibilidad de personas capaces de ofrecer ayuda en las dificultades, así como de facilidades para la relación social y para comunicarse empática y emotivamente. Lo hemos aplicado tanto al enfermo como a la persona que le acompaña (cuidador informal).

El cuestionario valora principalmente dos dimensiones del apoyo social: confidencial y afectiva. La dimensión confidencial, por la que se recibe información y consejo o permite compartir inquietudes, comprende siete ítems que valoran si el paciente o el cuidador: recibe visitas (ítem 1), es ayudado en los trabajos de casa (ítem 2), puede comunicar sus problemas de trabajo y de casa a otros (ítem 6), puede hablar de sus problemas personales y familiares con otras personas (ítem 7), puede hablar con alguien de sus problemas económicos (ítem 8), recibe invitaciones para salir de casa con otros (ítem 9) y recibe consejos útiles ante acontecimientos importantes (ítem 10). La dimensión afectiva, por la que se expresa amor, cariño, estima y simpatía, se halla representada por cuatro ítems que valoran si el enfermo o el cuidador: recibe elogios ante el trabajo bien hecho (ítem 3), cuenta con personas que se preocupan de lo que le ocurre (ítem 4), recibe amor y afecto (ítem 5) y es ayudado cuando está enfermo (ítem 11).

Las preguntas correspondientes al paciente y al cuidador informal incluyen los 11 ítems del cuestionario de apoyo social Duke-UNC⁹.

Se definieron diversas variables (y categorías). Para el enfermo: sexo (varón o mujer), edad (en años), estado civil (soltero, casado, viudo, separado, divorciado, religioso), conviviente más próximo (esposo, hijo, solo, residencia, otro, no contesta), persona de referencia (esposo, hijo, hermano, otro), consumo de tiempo de enfermería (mucho, bastante, poco), percepción de apoyo (valorada de forma global o por cada uno de los ítems de la escala de Duke-UNC, déficits percibidos en el personal de enfermería (ninguno, amabilidad, tiempo/información, no contesta), importancia del cuidador informal en la recuperación (muy imprescindible, bastante imprescindible, poco imprescindible, nada imprescindible). Para el cuidador informal: sexo (varón o mujer), edad, estado civil (soltero, casado, viudo, separado, divorciado, religioso), parentesco (esposo, hijo, hermano, otro, no contesta), convive con el enfermo (sí, no), persona de referencia (sí, no), percepción de apoyo (valorada de forma global o por cada uno de los ítems de la escala de Duke-UNC), déficits percibidos en el personal de enfermería (ninguno, amabilidad, tiem-

po/información, no contesta), importancia del cuidador informal en la recuperación (muy imprescindible, bastante imprescindible, imprescindible, poco imprescindible, nada imprescindible). Para el profesional de enfermería: presencia del acompañante (siempre, mañana, tarde, mañana y tarde, noche, a ratos, no contesta, otros), parentesco (esposo, hijo, hermano, otros, no contesta), sensación de agobio del profesional ante los reclamos de los acompañantes (siempre, con frecuencia, a veces, no), ayuda de los cuidadores informales (siempre, con frecuencia, a veces, nunca), ayuda concreta del cuidador informal (funcionamiento de la perfusión endovenosa, alimentación, cuña, movilización, otros), importancia atribuida al cuidador informal en la recuperación (muy imprescindible, bastante imprescindible, imprescindible, poco imprescindible, nada imprescindible).

La percepción de apoyo se ha valorado de acuerdo con la escala de Duke-UNC, en la que la puntuación máxima por persona es 55 y la mínima 11. Con pocas excepciones, el cuidador informal era un familiar.

Para el estudio estadístico se ha utilizado el programa SPSS, versión 10.0. Se consideraron niveles de significación para p menor de 0,05.

Resultados

Descripción de la muestra: ingresaron 127 enfermos mayores de 64 años, 48 (37,8%) varones y 79 (62,2%) mujeres. Su edad media fue de 76,7 años (error típico de 0,63), con rango entre 65 y 94 años, mediana de 75,0 y desviación típica de 7,1. Se trataba en su mayoría de personas casadas (50%) o viudas (41%), siendo el 90% de estas últimas mujeres. El 49,2% convivían con su cónyuge, el 23% con los hijos y el 16,4% vivían solos. El enfermo señala como persona de referencia al cónyuge en el 45,1% de casos y a un hijo en el 38,5%. Se recogieron 118 respuestas válidas de cuidadores informales. Se trataba de 36 varones (30,5%) y 82 mujeres (69,5%), con media de edad de 58,8, rango entre 21 y 82 años y desviación típica de 13,9. De ellos, 80,5% eran casados y 11,9% solteros. Un 38,6% de los cuidadores informales eran hijos/as, mientras el 34,6% cónyuges y el 5,5% hermanos/as.

Apoyo social percibido (Tablas 1, 2 y 3): para los enfermos, la puntuación de apoyo social percibido fue de 44,6 de media, siendo el error típico de la misma 0,866 y la desviación típica 7,6. La mejor

	N		5	4	3	2	1	Total
1	98	Visitas	45,9	30,6	18,4	2	3,1	100
2	96	Ayuda casa	51	18,8	15,6	6,3	8,3	100
3	93	Elogios	46,2	22,6	23,7	6,5	1,1	100
4	97	Personas	66	21,6	9,3	3,1	-	100
5	98	Afecto	76,5	12,2	8,2	3,1	-	100
6	97	Pr. trabajo	36,1	27,82	21,6	5,2	9,3	100
7	97	Pr. personales.	37,1	21,6	25,8	7,2	8,2	100
8	95	Pr. económicos	37,9	22,1	22,1	7,4	10,5	100
9	95	Invitaciones	35,8	27,4	17,9	6,3	12,6	100
10	97	Consejos	28,9	28,9	25,8	13,4	3,1	100
11	97	Ayuda enfermo	69,1	15,5	11,3	3,1	1	100

Puntuación: mucho menos de lo que deseo (1); menos de lo que deseo (2); ni mucho ni poco (3); casi como deseo (4); tanto como deseo (5)

Tabla 1.
Percepción de apoyo:
enfermo (porcentaje
válido)

	N		5	4	3	2	1	Total
1	118	Visitas	48,3	24,6	18,6	5,1	3,4	100
2	118	Ayuda casa	33,1	12,7	22,9	8,5	22,9	100
3	116	Elogios	32,8	26,7	25,9	8,6	6	100
4	118	Personas	47,5	31,4	12,7	2,5	5,9	100
5	118	Afecto	68,6	22	4,2	2,5	2,5	100
6	118	Pr. trabajo	43,2	25,4	16,1	8,5	6,8	100
7	118	Pr. personales	39,8	27,1	17,8	7,6	7,6	100
8	118	Pr. económicos	39	23,7	19,5	9,3	8,5	100
9	118	Invitaciones	39,8	23,7	21,2	5,1	10,2	100
10	118	Consejos	33,1	24,6	24,6	11	6,8	100
11	105	Ayuda enfermo	58,1	26,7	5,7	3,8	5,7	100

Puntuación: mucho menos de lo que deseo (1); menos de lo que deseo (2); ni mucho ni poco (3); casi como deseo (4); tanto como deseo (5)

Tabla 2.
Percepción de apoyo:
cuidador familiar
(porcentaje válido)

Tabla 3.
Relación entre
la percepción de apoyo
del enfermo y la
del cuidador informal

Estadísticos de muestras relacionadas		Media	N	Desviación tip.	Error tip. de la media
Par 1	Suma escala total(familiar)	43,9091	77	7,6540	0,8723
	Suma escala total (paciente)	44,6234	77	7,6003	0,8661

puntuación se refería a la percepción de afecto (76,5% lo perciben como 5 de la escala de Likert: satisfacción completa), seguida de la de ser ayudado en situación de enfermedad (69,1% de puntuaciones máximas). En tercer lugar, los pacientes creen que otras personas se preocupan suficientemente por ellos (66% puntúan un 5). Los cuidadores informales presentaron una percepción global media de 43,9, con error típico de la media de 0,87 y desviación típica de 7,65. También en este caso se dio la mejor puntuación (5 de la escala Likert) a la percepción de afecto (68,6%), seguida de la de ayuda en la enfermedad (58,1%).

Relación entre la percepción de apoyo del enfermo y del cuidador informal: Se confirma la existencia de clara relación entre la percepción de apoyo social por parte del enfermo y la de los cuidadores informales. La correlación calculada fue de 0,576, resultando muy significativa ($p < 0,000$).

Importancia atribuida al cuidador informal en la recuperación del enfermo (Tablas 4, 5 y 6): mientras el 51% de enfermos juzgan el papel del cuidador informal como muy imprescindible, esta cifra desciende a 37,3% en la percepción del propio cuidador informal y desciende todavía más si es el profesional de enfermería quien lo valora (25,6%), el cual lo califica de imprescindible en un 45,5%.

Deficiencias en el profesional de enfermería: el 87,5% de enfermos no encuentra deficiencias en la asistencia proporcionada por el profesional de enfermería. Un 7,3% aprecia deficiencias en dedicación de tiempo y en la información proporcionada, y un 5,2% señala deficiencias en la amabilidad en el trato. Por parte de los cuidadores informales, el 82,8% no indica deficiencias, el 11,2% encuentra deficiencias en el tiempo dedicado y en la información, y un 6% advierte deficiencias en amabilidad.

Ayuda que recibe el profesional de enfermería del cuidador informal: el profesional de enfermería indica que los cuidadores ayudan siempre en el 24,8% de los casos, mientras que el 19,7% lo hacen con frecuencia, el 38,4% ayudan sólo a veces, y el 17,1% no ayudan nunca. Dicha ayuda se manifiesta de diversas formas: dan la comida (64,3%); avisan cuando se acaba el suero (51,6%); dan conversación y

hacen compañía (45,2%); asisten en el uso de la cuña (32,5%); movilizan el paciente (18,2%).

Discusión

*El Pla de Salut de Catalunya 1999-2001*¹⁰ señala como principal característica demográfica de la población catalana su notable envejecimiento, derivado de la fuerte disminución de las tasas de fecundidad producida en los últimos 20 años. Ello se traduce en el consiguiente aumento del número de personas de más de 64 años. Estos cambios no son homogéneos, observándose diferencias importantes en la estructura de la población de las ocho regiones sanitarias del *Servei Català de la Salut*. Lleida resulta, juntamente con Tortosa y Barcelona ciudad, una de las zonas más envejecidas. Como perspectiva de futuro se prevé un aumento todavía más acentuado de esta franja de población. Así pues, el envejecimiento de la población catalana será la principal característica demográfica a tener en cuenta en el futuro en las prestaciones de servicios sociales y sanitarios. Nos parece oportuno ayudar con el presente trabajo a efectuar una reflexión estratégica sobre el futuro de la profesión^{11,12} que pueda ayudar al profesional de enfermería a prepararse para estos cambios.

En la muestra estudiada se observa un predominio de pacientes casados y viudos, viviendo la mayoría de los últimos con un hijo o hija. Atendiendo al sexo de los cuidadores informales (cónyuge, hijos) de estas personas, este estudio confirma que en su mayoría son mujeres, tal como ha sido descrito por diversos autores^{12,13}.

La puntuación media de la escala (44,6 para los enfermos y 43,9 para los cuidadores informales) es similar a la obtenida en el medio urbano del estudio del programa de atención domiciliaria¹⁴ y algo superior a los estudios efectuados en Granada por Bellón¹⁵ y De la Revilla¹⁶.

Para el enfermo, las puntuaciones más altas correspondieron a los ítems 4, 5 y 11 (de apoyo afectivo) y al 2 (de apoyo confidencial), y la puntuación más baja a los ítems 6, 7, 9 y 10, todos ellos de apoyo

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Válidos	Nada imprescindible	1	0,8	1,0	1,0
	Poco imprescindible	2	1,6	2,0	3,1
	Imprescindible	30	23,6	30,6	33,7
	Bastante imprescindible	15	11,8	15,3	49,0
	Muy imprescindible	50	39,4	51,0	100,0
	Total	98	77,2	100,0	
Perdidos		29	22,8		
Total		127	100,0		

Puntuación: nada imprescindible (1); poco imprescindible (2); imprescindible (3); bastante imprescindible (4); muy imprescindible (5)

Tabla 4.
Papel del cuidador informal en la recuperación (criterio del enfermo)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Válidos	Nada imprescindible	0	0,0	0,0	0,0
	Poco imprescindible	5	3,9	4,2	4,2
	Imprescindible	43	33,9	36,4	40,7
	Bastante imprescindible	26	20,5	22,0	62,7
	Muy imprescindible	44	34,6	37,3	100,0
	Total	118	92,9	100,0	
Perdidos		9	7,1		
Total		127	100,0		

Puntuación: nada imprescindible (1); poco imprescindible (2); imprescindible (3); bastante imprescindible (4); muy imprescindible (5)

Tabla 5.
Papel del cuidador informal en la recuperación (criterio del cuidador informal)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Válidos	Nada imprescindible	7	5,5	5,8	5,8
	Poco imprescindible	9	7,1	7,4	13,2
	Imprescindible	55	43,3	45,5	58,7
	Bastante imprescindible	19	15,0	15,7	74,4
	Muy imprescindible	31	24,4	25,6	100,0
	Total	121	95,3	100,0	
Perdidos		6	4,7		
Total		127	100,0		

Puntuación: nada imprescindible (1); poco imprescindible (2); imprescindible (3); bastante imprescindible (4); muy imprescindible (5)

Tabla 6.
Papel del cuidador informal en la recuperación (criterio del profesional)

confidencial. Para el cuidador informal las puntuaciones más altas han correspondieron a los ítems 4, 5 y 11 (de apoyo afectivo) y 1, de apoyo confidencial, siendo la puntuación más baja la de los ítems 2, 3, 8 y 10. Estos resultados coinciden parcialmente con los obtenidos por Bellón¹⁵ y Álamo¹⁴. Tanto el enfermo como el cuidador informal coinciden en los ítems de puntuación más elevada (ítems 4, 5, 11). Existe una diversa percepción respecto al ítem 2 (ayuda en casa), con puntuación alta del enfermo y baja del cuidador. En ambos se aprecia mayor percepción de apoyo afectivo y menor percepción de apoyo confidencial.

Hay relación entre el apoyo social percibido por el enfermo y por el cuidador informal: cuando el enfer-

mo percibe un apoyo social adecuado tiene un cuidador informal que, habitualmente, también lo percibe así. Se plantea la posibilidad de la influencia de uno en otro, y la importancia que la percepción de un apoyo social correcto por parte del cuidador informal puede suponer para la recuperación del paciente.

El papel de la familia en el hospital es considerado imprescindible para la recuperación del enfermo tanto por el propio paciente como por el familiar y el profesional de enfermería, al igual que sucede en los trabajos de Silberstein¹⁷, Astedt-Kurki¹⁸, Rubio Herrera¹⁹ y Úbeda Bonet²⁰.

En nuestro estudio se refleja la colaboración del cuidador informal en la asistencia, destacando su ayuda

en la alimentación, en el correcto funcionamiento de la sueroterapia, en la atención a las necesidades de eliminación de orina y heces, en la movilización del enfermo, al igual que se observaba en los estudios de Serna, *et al.*²¹ y Astedt-Kurki¹⁸. En apreciación de los profesionales, por lo general los cuidadores informales no interfieren en su labor, sino que resultan de gran ayuda tanto para el enfermo como para el profesional. Lo mismo sucedía en el trabajo de Alemán²².

Conclusiones

1. La población de pacientes de edad avanzada se halla constituida fundamentalmente por mujeres, reflejando con ello la estructura de la pirámide poblacional y observándose un ligero predominio de personas casadas sobre viudas o solteras.
2. Es importante no olvidar que el trato del profesional con el paciente debe ser ante todo afectuoso y ha de manifestar el deseo de ayudar, ya que la mejor puntuación de apoyo social corresponde a la percepción de afecto, tanto en la valoración del enfermo como en la del cuidador informal, situándose en segundo lugar la percepción de ayuda en situación de enfermedad.
3. El apoyo social percibido por el enfermo se halla relacionado con el del cuidador informal: el enfermo que indica un apoyo social correcto tiene un cuidador informal que habitualmente también lo señala. Por ello, creemos que los profesionales debemos de implicar más al cuidador informal para una mejor asistencia.
4. El cuidador informal es considerado tanto por el enfermo como por el mismo y el profesional como imprescindible para la recuperación del paciente. Se confirma además la importancia atribuida a la colaboración del cuidador informal en la asistencia al enfermo y su relevante papel en el bienestar del mismo durante la hospitalización.
5. Creemos que el diplomado en enfermería debería conceder más importancia a la información al paciente, ya que tanto éste como su cuidador informal señalan como principales deficiencias la falta de dedicación de tiempo y de información.
2. Broadhead WE, Kaplan BH, James SA. The epidemiologic evidence for a relationship between social support and health. *Am J Epidemiol* 1983; 117:521.
3. Cobb S: Social support as a moderator of life stress. *Psychosom Med* 1976;38:300.
4. Oxman TE, Berkman L F, Kasl S, Freeman DH, Barret J. Social support and depressive symptoms in the elderly. *Am J Epidemiol* 1992;135:356-68.
5. Grant C, Goodenough T, Harvey I, Hine C. A randomised controlled trial and economic evaluation of a referrals facilitator between primary care and the voluntary sector. *British Medical Journal* 2000;320:419-23.
6. Umberson D: Gender, marital status and the social control of health behavior. *Soc Sci Med* 1992;34:907-17.
7. Broadhead WE, Gehlbach S H, Degruy FV, Kaplan B H. Functional versus structural social support and health care utilization in a family medicine outpatient practice. *Med Care* 1989;27:221-33
8. Broadhead W E, Gehlbach S H, Degruy F V, Kaplan B H. The Duke-UNC functional social support questionnaire: measurement of social support in family medicine patients. *Med Care* 1988;26:709-23.
9. Badia X, Salameo M, Alonso J: *La Medida de la Salud*. 2ª ed. Barcelona: Edimac, 1999;71-4.
10. Pla de Salut de Catalunya, 1999-2001.
11. Alberdi Castell R: estrategias de poder y liderazgo para desarrollar el compromiso social de las enfermeras. *Rol de Enfermería* 1998; 239-240:27-31.
12. Teixidor Freixa M: Los espacios de profesionalización de la enfermería. *Enfermería Clínica* 1997;7(3):126-36.
13. Escuredo Rodríguez B, Díaz Álvarez E, Pascual Cortés O. Cuidadores Informales. *Rol de Enfermería* 2001; 24(3):183-9.
14. Álamo Martell M C, Artilles Ruano M C, Santiago Navarro P, Bernal Blasco I, Aguiar Bautista J A, Gómez Arnaiz A. Apoyo social funcional percibido por los pacientes en programa de atención domiciliaria en los medios rural y urbano. *Aten Primaria* 1999;24:26-31.
15. Bellón Saameño J A, Delgado Sánchez A, De Dios Luna del Castillo J, Lardelli Claret P. Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11. *Aten Primaria* 1996;18:153-63.
16. De la Revilla Ahumada L, Bailón E, De Dios Luna J, Delgado A, Prados M A, Fleitas L. Validación de una escala de apoyo social funcional para su uso en la consulta del médico de familia. *Aten Primaria* 1991; 8:688-92.
17. Silberstein Goldenberg D: La familia, un paciente olvidado. *Rol de Enfermería* 1997;223:25-30.
18. Astedt-Kurki P, Lehti K, Paunonen M, Paavilaine E. Family member as a hospital patient: sentiments and

Bibliografía

1. Kaplan BH, Cassel JC, Gore S. Social support and health. *Medical Care* 1977;15(5) (Suppl.):47-58.

- functioning of the family. *Int J Nurs Pract* 1999; 5(3): 155-63.
19. Rubio Herrera R, Cabezas Casado JL, Aleixandre Rico M, Fernández Jiménez C. Un Modelo de Satisfacción Vital basado en la comunicación tripartita. *Index de Enfermería* 1998;7(23):22-25.
20. Úbeda Bonet I: Atención a la familia. *Rol de Enfermería* 1995; 203-204:75-78.
21. Serna Porro C, Millas Clemente R, Gómez García M J, Bastardo Valero M, Arnal Rubio N, Palacios Franco G. La intercomunicación entre el personal de Enfermería y los cuidadores de pacientes ingresados. *Metas de Enfermería* 2000;3(26):47-51.
22. Alemán Méndez S, Forteza Pons A R. Ansiedad en el personal de Enfermería provocado por las visitas de los familiares. *Enfermería Científica* 1999; 210-211:25-30.