

La capacidad funcional y el apoyo social informal en un grupo de personas mayores institucionalizadas

Miguel A. Gómez
Arqués¹

Antonio J. Martos¹
Alberto Castellón²

¹Licenciado
en Psicología
Profesor de Postgrado
de la Universidad
de Granada

²Doctor en Medicina
Director del Aula
de Gerontología
de la Universidad
de Almería

Resumen

Fundamentos: La mayoría de personas mayores viven en la comunidad con vínculos familiares, si esto conlleva apoyo social eficaz, éste hecho influiría positivamente sobre la salud, longevidad, y capacidad para relacionarse. Pero la pérdida del rol familiar y lazos afectivos, aumentan el riesgo de aislamiento y depresión. Así, el apoyo social es fundamental en la adaptación e integración de éste al medio residencial.

Objetivo: El presente estudio analizó la relación entre condiciones funcionales y percepción de apoyo social en un grupo de 59 mayores institucionalizados.

Métodos: Edades (56-92 años), 11 hombres y 48 mujeres. Los antecedentes de número de hijos, frecuencia de visitas, morbilidad, e índice de Barthel, se contrastaron con 6 preguntas relacionadas con la percepción del apoyo social recibido.

Resultados: Los resultados demostraron una estrecha relación entre la capacidad de dependencia funcional con el estado civil, número de visitas, y patologías predominantes ($P < 0,05$), y diferentes tipos de apoyo social percibidos, presentaron vínculos con el número de visitas, patología predominante, número de hijos e índice de Barthel ($P < 0,05$).

Palabras clave: Apoyo informal. Capacidad funcional. Personas mayores.

Summary

Base: Most of elderly live in the community with family bonds, if this bears effective social support, this fact it will influence positively about the health, longevity, and capacity to be related. But the loss of the family list and affective knots, the isolation risk and depression increase. The social support is this way fundamental in the adaptation of this to the residential means.

Aims: The present study analyzed the relationship between functional conditions and perception of social support in a group of 59 institutionalized adults.

Methods: Ages (56-92 years), eleven men and forty eight women. The antecedents of children's number, frequencies of visits and index of Barthel, they were contrasted with six questions related with the perception of the received social support.

Results: The results demonstrated a narrow relationship among the capacity of functional dependence with the

civil state, number of visits, and predominant pathologies ($P < 0,05$), and different perceived types of social support, they presented bonds with the number of visits, pathology prevails you, children's number and index of Barthel ($P < 0,05$).

Key words: Informal social support. Functional capacity. Elderly.

Introducción

Un aspecto común dentro del envejecimiento constituye el hecho de que, la edad no hace más que acentuar las carencias de cada persona, de modo que en muchos casos se necesite de la ayuda de terceras personas, tanto en el ámbito físico (sobre todo para las actividades básicas de la vida diaria), psicológico (especialmente emocional y afectivo), socioeconómico (entorno familiar, de la comunidad e instituciones), etc. Además de la edad, existen varios factores potencializadores de la dependencia: género, soledad, recursos sociales, nivel educativo, nivel de renta, hábitos de vida e índice subjetivo de los miedos y temores¹.

Cabe destacar que las personas de la tercera edad tienen mayor propensión a la depresión y otros trastornos afectivos, sobre todo en quienes experimentan más indefensión como consecuencia de la dependencia funcional, e incluso para pedir ayuda. La necesidad de ser humano de recibir asistencia, de verse respaldado, de sentirse apoyado, querido, son tan universales como la vida misma y están presentes en todas las edades. Sin embargo, éstas percepciones presentan mayor relevancia al final de la vida, donde se experimenta más indefensión, quizás porque asumimos con más fuerza que carecemos de los recursos necesarios para hacerle frente a nuestras limitaciones funcionales².

Un aspecto común en la sociedad actual es la inserción de las personas mayores dentro de la comuni-

Correspondencia:
Apartado de Correos, 44
E-18500 Guadix. Granada
E-mail: magarkes@ugr.es

dad, consecuencia de ello puede constituir el hecho de que los cuidados de los ancianos recaiga sobre sus familiares. Esto no se refiere a un cuidado exclusivamente físico, sino más bien que el abanico se abre hacia el área afectiva - emocional y de asesoramiento en toma de decisiones, pasando por la ayuda en las actividades instrumentales (comida, limpieza, compras, entre otras); el cuidado personal (higiene, medicación), hasta la ayuda financiera o la gestión del dinero, y papel mediador con los servicios médicos, sociales, etc. Observándose como las hijas cargan con los cuidados de las mujeres que son más mayores, que en su mayoría se encuentran viudas y, por lo tanto, presumiblemente con mayor nivel de dependencia³.

Otro aspecto importante para las personas mayores, lo constituye sin lugar a dudas, el hecho, de mantener un estrecho lazo con las personas que componen su entorno comunitario, esto les proporciona una ayuda inestimable para conservar sus capacidades funcionales, así como para seguir manteniendo relaciones afectivas positivas. Mención especial dentro del apoyo social de un adulto mayor, está el hecho de tener pareja, debido a su inestimable valor para su estabilidad emocional y salud biopsicosocial. Por otro lado, el mantener vínculos con los hijos parece favorecer el intercambio familiar intergeneracional, transformándose en punto de referencia a la hora de aparecer situaciones de necesidad de recibir apoyo. Así pues, dentro del contexto residencial, la familia adquiere una gran importancia en la adaptación e integración para mejorar la calidad de vida de la persona mayor durante la permanencia en el centro.

Por lo tanto, cuando un residente no recibe la suficiente atención de parte de sus familiares (llamadas de teléfono o visitas), normalmente suelen presentar problemas que le provocan preocupación, muchas veces con manifestaciones clínicas por cambios psicológicos y fisiológicos. Pareciera ser que aquí existe un cierto vinculado con los profundos cambios que ha experimentado la familia en la sociedad actual, y que han generado un empobrecimiento progresivo de las relaciones afectivas entre sus miembros, esto incluye a las personas mayores de cada familia, además, existe una pérdida progresiva del rol que el mayor venía desempeñando dentro de la familia, lo que puede aumentar el riesgo a que el anciano sufra aislamiento, soledad o depresión entre otras muchas alteraciones. Por tal motivo, los problemas familiares, constituyen un factor importante en la estabilidad de un anciano y que puede influir de manera decisiva en la discapacidad de los mayores institucionalizados. En éste contexto, una posible desconexión familiar con el anciano, podría potenciarle cuadros de ansiedad, estados de de-

presión, enfermedades psicosomáticas, introversión, aislamiento de su entorno, frente a las cuales la respuesta conductual, podría llevarle a situaciones conflictivas, con incidencias negativas durante su permanencia en el medio residencial⁴.

Del mismo modo, el hecho de compartir con las amistades y realizar todas aquellas actividades que tengan en común como: paseos, viajes, recuerdos, conversaciones y juegos, constituyen una valiosa oportunidad para desarrollar formas de ayuda mutua, como por ejemplo, a través de las amistades o de actividades de grupos específicos.

Por último, mantener activas las redes de apoyo social y estar conectado con las Instituciones, ya sean Servicios Sociales y Sanitarios, que puedan proporcionarle ayuda, orientación o información respecto a su estado físico, psíquico, social o económico, tienen un enorme valor para la seguridad y bienestar del adulto mayor⁵. En éste contexto, numerosas investigaciones han constatado que la presencia de un apoyo social extenso y eficaz, influye positivamente en el desarrollo evolutivo del estado de salud y longevidad de las personas. Al respecto, en 1987 en la ciudad de Estocolmo y durante tres años, se hizo un seguimiento a 1203 personas mayores de 74 años, no institucionalizadas y sin alteraciones cognitivas, el apoyo social fue medido sobre la base del estado civil, convivientes, frecuencias de contactos con niños, contactos sociales cercanos y satisfacción con los contactos. Los resultados demostraron que las personas con menor red de apoyo social poseían mayor tasa de incidencia de demencias, sobre todo en aquellos sujetos que vivían solo(as), eran solteras o no tenían contactos sociales cercanos, en cambio los individuos con mayor apoyo social, presentaron menor incidencia de demencias⁶, del mismo modo, un estudio realizado en la ciudad de Barcelona en sujetos mayores de 60 años no institucionalizados, demostró que mayoría de los sujetos respondieron que tenían una salud muy buena o buena, pero la presencia de apoyo social no se asoció directamente con la percepción de su estado de salud⁷.

Sobre la base de los antecedentes y planteamientos anteriores, para el presente estudio, nos hemos propuesto el objetivo siguiente.

Objetivo

El presente estudio pretende analizar la relación entre las condiciones funcionales y la percepción del apoyo social informal en un grupo de personas mayores institucionalizados.

Material y métodos

Participantes

La población diana de este estudio son 196 sujetos pertenecientes a dos Centros Residenciales de la Provincia de Granada; por método no probabilístico, se obtuvo una muestra de 59 sujetos que aceptaron participar en el estudio (11 hombres y 48 mujeres), con edades entre los 56 y 92 años (\bar{x} = 83,03 años). El estado civil de los sujetos de la muestra era de cuatro casados(as), 15 solteros(as) y 40 viudos(as). En relación al número de hijos, éstos oscilaron entre las personas que carecían de hijos/as, la mayoría (28 individuos), y las que tenían 5 hijos (2 sujetos), el resto tenían: cuatro individuos con 1 hijo, ocho con 2, siete con 3, seis con 4, y cuatro con 7 hijos respectivamente.

Las patologías con mayor incidencia en los sujetos de la muestra, fue la artrosis (14 individuos), Diabetes Mellitus e Insuficiencia Cardíaca con seis casos cada una, Cáncer y Hemiplejía ambas con 3 casos, y el resto osciló entre dos casos (Insuficiencia Respiratoria, Osteoporosis, EPOC, HTA), por último, con un caso resultó (Depresión, Enfermedad de Parkinson, Ansiedad, Hepatopatía, entre otras).

Los sujetos pertenecientes a la muestra no presentaban alteraciones cognitivas severas a través del test Mini-Examen Cognoscitivo (MEC)⁸, el 86% presentan una puntuación directa entre 24 y 35, considerándose un deterioro grave o moderado a puntuaciones inferiores a 20.

Instrumentos

Para este estudio los datos se adquirieron de las fichas clínicas de los centros, accediendo tan sólo a los datos personales y sociodemográficos, como el sexo, edad, estado civil y número de hijos, además de la frecuencia de las visitas recibidas, patologías predominantes y deterioro cognitivo. Además, se les aplicó el índice de Barthel^{9,10} y un cuestionario de seis preguntas relacionadas con el apoyo social informal, cuyo contenido puede observarse en anexo.

Procedimiento

En primer lugar se accedieron a los datos personales y sociodemográficos registrados sobre los residentes, para más tarde completarlos con la aplicación del índice de Barthel. Por último, se administró el cuestionario por entrevistadores entrenados, para valorar la percepción subjetiva del apoyo informal recibido.

Los datos fueron ordenados para el paquete estadístico SPSS 12.0.1, y analizados mediante método descriptivo y tablas de contingencia, utilizando como estadístico de contraste, la prueba de Chi-cuadrado (Chi-Cuadrado de Pearson, Razón de Verosimilitud y Asociación lineal por lineal; $p < 0,05$).

Resultados

El análisis descriptivo demostró que sobre las frecuencias de las visitas que recibían los adultos mayores, estas predominaron entre las semanales con 23 adultos mayores, y las mensuales con 16 sujetos. El resto de los sujetos eran visitados: siete a diario, cinco cada 15 días, 3 cada 2 meses, dos cada 3 meses y tres semestralmente (Figura 1).

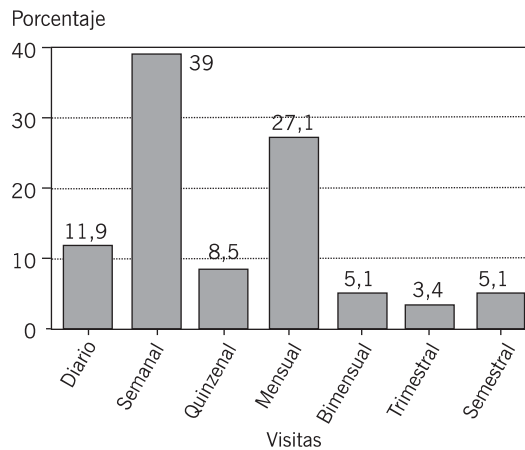


Figura 1. Muestra el porcentaje de las visitas que recibían los Adultos Mayores

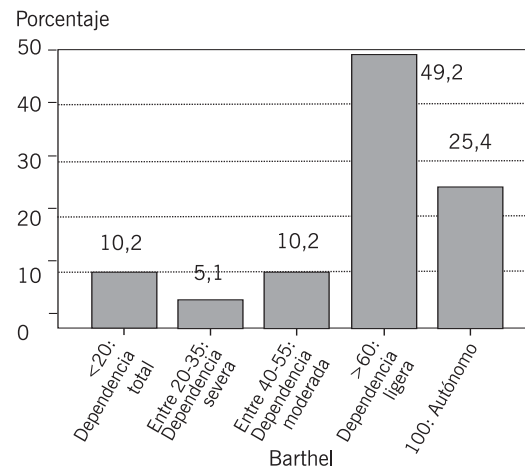


Figura 2. Muestra el porcentaje de capacidad funcional de los sujetos, según el índice de Barthel

En cuanto a los resultados del índice de Barthel, seis sujetos tenían una dependencia total, 3 con dependencia severa, 6 dependencia moderada, 29 con dependencia ligera y 15 eran autónomos, (Figura 2).

Por otra parte, en la relación de la capacidad funcional con demás variables según las tablas de contingencia realizadas, no encontramos diferencias significativas entre Índice de Barthel y género, Edad e número de hijos). Aunque si se encontraron relaciones significativas entre Índice de Barthel y Patologías predominantes para Chi-Cuadrado de Pearson ($P < 0,05$); índice de Barthel y Estado Civil para Chi-Cuadrado de Pearson y Razón de Verosimilitud ($P < 0,05$), y para Índice Barthel y Visitas recibidas para Asociación Lineal por Lineal ($P < 0,05$).

A su vez, el análisis estadístico entre la pregunta "Tengo amigos o familiares que me visitan frecuentemente" resultó con diferencias significativas con el número de visitas, para las pruebas de Chi-Cuadrado de Pearson, Razón de Verosimilitud y Asociación lineal por lineal ($P < 0,05$); Patologías predominantes para Chi-Cuadrado ($P < 0,05$); e Índice de Barthel para Asociación lineal por lineal ($P < 0,05$), (Tabla 1).

Por otro lado, la relación entre los resultados de la pregunta "Cuando lo necesito hay alguien que me alienta a que exprese mis ideas", no encontramos diferencias significativas con Sexo, Edad, Estado civil, Número de hijos, frecuencias de las visitas, y Patologías predominantes. Pero resultó estadísticamente significativa al compararla con el Índice de

Barthel para la Razón de Verosimilitud ($P < 0,05$), y para Asociación lineal por lineal ($P < 0,01$).

En cuanto, frente a la pregunta "Cuando lo necesito tengo a alguien para contarle mi problema", no resultó significativa para Sexo, Edad, Estado civil, número de hijos, frecuencias de las visitas y patologías predominantes, y tan sólo encontramos diferencias estadísticas para el Índice de Barthel para la prueba Asociación lineal por lineal ($P=0,01$). (Tabla 2).

Del mismo modo, los resultados de la pregunta "Cuando lo necesito hay alguna persona que me exprese afecto", no presentó diferencias estadísticas significativas con ninguna de la relaciones mencionadas anteriormente.

Referente a la pregunta "Cuando lo necesito tengo a alguien que me puede prestar una ayuda económica o material", no hubo diferencias estadísticas respecto a Género, Edad, Estado civil, Visitas, Patologías e Índice de Barthel. Pero sí fue significativa con el Número de hijos para Chi-Cuadrado de Pearson y Razón de Verosimilitud ($P < 0,01$) (Tabla 2).

Por último, frente a la pregunta "Cuando lo necesito tengo las fuentes de información adecuadas", comparada con Género, Edad, Estado civil, Número de hijos, Patologías predominantes y Frecuencia de las visitas no encontramos diferencias con significado estadístico. Pero éstas fueron significativas al relacionarla con el índice de Barthel para las pruebas de Chi-Cuadrado de Pearson, Razón de verosimilitud y Asociación lineal por lineal ($P < 0,01$) (Tabla 3).

Tabla 1.
Muestra la relación de la Tabla de Contingencia entre la pregunta "Tengo amigos o familiares que me visitan frecuentemente" y la capacidad funcional de los Adultos Mayores según el índice de Barthel

	Tengo amigos o familiares que me visitan frecuentemente				
	Nunca	Alguna vez	Frecuentemente	Siempre	Total
Barthel <20: Dependencia total	0%	0%	33,3%	66,7%	100,0%
Entre 20-35: Dependencia severa	0%	33,3%	66,7%	0%	100,0%
Entre 40-55:	0%	16,7%	50,0%	33,3%	100,0%
>60: Dependencia ligera	3,4%	34,5%	58,6%	3,4%	100,0%
100: Autónomo	6,7%	26,7%	46,7%	20,0%	100,0%
Total	3,4%	27,1%	52,5%	16,9%	100,0%

Tabla 2.
Muestra la Tabla de Contingencia para la pregunta "Cuando lo necesito tengo a alguien para contarle mi problema", y la capacidad funcional de los Adultos Mayores según el índice de Barthel

	Cuando lo necesito tengo a alguien para contarle mi problema				
	Nunca	Alguna vez	Frecuentemente	Siempre	Total
Barthel <20: Dependencia total	0%	0%	33,3%	66,7%	100,0%
Entre 20-35: Dependencia severa	0%	0%	66,7%	33,3%	100,0%
Entre 40-55:	20,0%	20,0%	40,0%	20,0%	100,0%
>60: Dependencia ligera	34,5%	20,7%	37,9%	6,9%	100,0%
100: Autónomo	33,3%	26,7%	20,0%	20,0%	100,0%

	Cuando lo necesito tengo las fuentes de información adecuadas				Total
	Nunca	Alguna vez	Frecuentemente	Siempre	
Barthel <20: Dependencia total	16,7%	,0%	16,7%	66,7%	100,0%
Entre 20-35: Dependencia severa	33,3%	,0%	33,3%	33,3%	100,0%
Entre 40-55:	,0%	50,0%	33,3%	16,7%	100,0%
>60: Dependencia ligera	31,0%	34,5%	34,5%	,0%	100,0%
100: Autónomo	46,7%	20,0%	20,0%	13,3%	100,0%

Tabla 3. Muestra la Tabla de Contingencia para la pregunta "Cuando lo necesito tengo las fuentes de información adecuadas" y la capacidad funcional de los Adultos Mayores según el índice de Barthel

Discusión

A la luz de los antecedentes expuestos y sobre la base de nuestros resultados obtenidos podemos concluir:

En primer lugar, que entre las variables que podrían estar relacionadas con la capacidad funcional en este grupo de personas institucionalizadas, aparecen el estado civil, las visitas recibidas y las patologías predominantes.

Las personas casadas o solteras, parecen tener peor capacidad funcional que los viudos/as, avalando estudios anteriores que han defendido la relación entre estado civil y dependencia en la capacidad funcional¹¹. Por otra parte, las personas que reciben visitas diariamente y semanalmente tienen mayor dependencia que las personas que son visitadas mensualmente o semestralmente.

Por último, las enfermedades que producen mayor dependencia son las hemiplejías, la osteoporosis y las demencias, mientras que las que menos dependencia suponen son la artrosis, la insuficiencia cardiaca y los trastornos psiquiátricos. En lo referente a la relación existente entre patologías predominantes, coincidimos en los numerosos estudios que confirman la contribución de las enfermedades a la aparición de discapacidad o al mantenimiento de la función física¹²⁻¹⁴.

En relación a las cuestiones relacionadas con la percepción del apoyo social informal, nos encontramos que las personas cuya percepción es de recibir apoyo, son en su mayoría las de mayor dependencia funcional. Apreciamos ejemplos, en la pregunta: *Tengo amigos o familiares que me visitan*, en la que las personas que son visitadas con mayor frecuencia, son las que tienen un menor capacidad funcional, e igualmente en la preguntas: *Cuando lo necesito hay alguien que me alienta a que exprese mis ideas*, *Cuando lo necesito tengo las fuentes de información adecuadas* y *Cuando lo necesito tengo a alguien para contarle mi problema*.

Por lo tanto, se podría concluir que existen relaciones significativas entre la percepción de apoyo social y la capacidad funcional (en contraposición al estudio publicado por Ferrando en el 96 y al que hacíamos alusión al comienzo), de manera que las personas con mayor dependencia funcional se sienten más apoyadas en las cuestiones planteadas, además, el número de visitas objetivas de familiares es acorde con la percepción de apoyo social.

Podremos observar entonces que los familiares y amigos de las personas con mayor dependencia funcional, en este grupo de personas institucionalizadas, parecen volcarse más en los apoyos psicosociales y/o emocionales.

Bibliografía

1. Rubio Herrera. ¿Cuándo comienza la dependencia en el mayor? *Geriatrics* 2003;19(9-10):289-96.
2. Barrón A. Estrés psicosocial, Apoyo social y Depresión en Mujeres. En: Barrón A. *Un estudio empírico en Aranjuez*. Madrid: Editorial de la Universidad Complutense, 1990.
3. Gómez Arqués MA, Martos Martín AJ. Apoyo informal en la dependencia: perfiles de sus usuarios en relación al cuidador. *Geriatrics* 2003;19(9-10):317-23.
4. Guillén Llera F, et al. Atención a personas mayores que viven en residencias: Protocolos de intervención psicosocial y sanitaria. En: *Ministerio del trabajo y asuntos sociales IMSERSO. Los problemas familiares*. Madrid: IMSERSO 1998;196-208.
5. Fernández A. *Apoyo Social y Calidad de vida en personas Mayores*. Madrid: Imprenta Serrano, 1998.
6. Fratiglioni L, Wang HX, Ericsson K, Maytan M, Winblad B. Influence of social network on occurrence of dementia: a community - based longitudinal study. *Lancet* 2000; 355:1315-9.
7. Ferrando J, Nebot M, Borrell C, Egea L. Apoyo social y estado de salud percibido en población no

- institucionalizada de más de 60 años. *Gac Saint* 1996; 10:174-82.
8. Lobo A, Ezquerra J, Gómez FB, et al. El Mini-Examen Cognoscitivo. Un test sencillo y práctico para detectar alteraciones intelectuales en pacientes médicos. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines* 1979;7:189-202.
 9. Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel Index. *Md State Med* 1965;14:61-5.
 10. Mahoney FI, Wood OH, Barthel DW. Rehabilitation of chronically ill patients: the influence of complications on the final goal. *South Med J* 1958;51:605-9.
 11. Puga MD. *Dependencia y necesidades asistenciales de los mayores en España, una previsión a 2010*. Madrid: Ministerio de Ciencia y Tecnología, 2001.
 12. Guralnik JM, Kaplan GA. Predictors of healthy aging: prospective evidence from the Alameda County Study. *American Journal of Public Health* 1989;79:703-8.
 13. Harris T, Kovar MG. Longitudinal study of physical ability in the oldest-old. *American Journal of Public Health* 1989;79:698-702.
 14. Mor A, et al. Risk of functional decline among well elders. *Journal of Clinical Epidemiology* 1989;42:895-904.

Anexo

Valore cada una de las actividades por anamnesis directa del paciente o si su estado mental no lo permite a través de un familiar o cuidador considerando su capacidad en los últimos 7 días.

Ítem	Actividad básica de la vida cotidiana	Puntos
Comer	- Totalmente independiente	10
	- Necesita ayuda para cortar carne, pan, etc.	5
	- Dependiente	0
Lavarse	- Independiente.	10
	- Entra y sale solo del baño	5
	- Dependiente	0
Vestirse	- Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos	10
	- Necesita ayuda	5
	- Dependiente	0
Arreglarse	- Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc.	10
	- Dependiente	5
Deposiciones	- Continente	10
	- Ocasionalmente algún episodio de incontinencia o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas	5
	- Incontinente	0
Micción	- Continente o es capaz de cuidarse de la sonda	10
	- Ocasionalmente, máximo un episodio de incontinencia en 24 horas, necesita ayuda para cuidar de la sonda	5
	- Incontinente	0
Usar el retrete	- Independiente para ir al váter, quitarse y ponerse la ropa	10
	- Necesita ayuda para ir al váter, pero se limpia solo	5
	- Dependiente	0
Trasladarse	- Independiente para ir del sillón a la cama	15
	- Mínima ayuda física o supervisión	10
	- Gran ayuda pero es capaz de mantenerse sentado sin ayuda	5
	- Dependiente	0
Deambular	- Independiente, camina solo 50 metros	15
	- Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros	10
	- Independiente en silla de ruedas sin ayuda	5
	- Dependiente	0
Escalones	- Independiente para subir y bajar escaleras	10
	- Necesita ayuda física o supervisión	5
	- Dependiente	0

Cuestionario para valorar la percepción de apoyo informal

Cuestiones	Nunca	Alguna vez	Frecuentemente	Siempre
1. Tengo amigos o familiares que me visitan frecuentemente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Cuando lo necesito hay alguna persona que me exprese afecto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Cuando lo necesito hay alguien que me alienta a que exprese mis ideas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Cuando lo necesito tengo a alguien que me puede prestar una ayuda económica o material	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Cuando lo necesito tengo a alguien para contarle mi problema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Cuando lo necesito tengo las fuentes de información adecuadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>