

INTERVENCIÓ DEL TREBALLADOR O TREBALLADORA SOCIAL D'ATENCIÓ PRIMÀRIA DE SALUT EN ATENCIÓ DOMICILIÀRIA

Equip Treballadores Socials Atenció Primària València

Autors:

M^a Ángeles Celada Pérez. C.S. Torrent (València)

Araceli García Escudero. Hosp. La Fe (València)

M^a Isabel González Dura. C. S. (Castelló)

Pilar Hernández Zarzoso. C.S. Natzaret (València)

Carmen Madero Fernández-Baíllo. C.S. (Castelló)

M^a José Monrós Chancosa. Serv. Assistència Sociosanitària. Conselleria de Sanitat

ÍNDIX GENERAL

| | pàgina |
|--|---------------|
| 1.- Introducció | 3 |
| 2.- Població Diana | 6 |
| 3.- Objectiu General | 6 |
| 3.1 Objectius Específics | 6 |
| 4.- Activitats del TS | 7 |
| | |
| 5.- Metodologia. | 9 |
| 5.1 Criteris de derivació al Treballador Social | 9 |
| 5.2 Procediments de derivació al TS | 10 |
| 5.3 Coordinació | 10 |
| 6.- Avaluació | 13 |
| 7.- Bibliografia | 14 |
| ANNEXOS: | |
| Annex I : Full de Derivació | 18 |
| Annex II: Genograma. | 19 |
| Annex III: Índexs i Escales. | 30 |
| * Índex de Barthel. | 31 |
| * Escala de Lawton i Brody. | 32 |
| * Qüestionari d'Apgar Familiar | 33 |
| * Escala de Gijón. | 35 |
| * De Rankin Modificada | 37 |
| * De Creu Roja d'Incapacitat Física | 38 |
| * De Creu Roja d'Incapacitat Mental. | 39 |
| * Índex de Katz. | 40 |
| Annex IV: Perfil del cuidador de risc (PMAD) | 41 |

1) INTRODUCCIÓ.

Tant els canvis ocorreguts en la nostra Comunitat- demogràfics, epidemiològics, socials i sanitaris- com les previsions de futur, indiquen que són i seran demanats socialment un volum creixent de servicis domiciliaris, la qual cosa fa inevitable prendre iniciatives que permeten afrontar esta nova situació.

Si no es millora l'atenció a domicili d'estos pacients, i si es no cuida i recolza als seus cuidadors, l'evolució previsible serà l'augment de les necessitats d'ingressos o multiingressos hospitalaris i/o internaments en centres residencials, sabent que la institució no és habitualment el millor lloc terapèutic, ni l'opció més desitjada per la majoria dels pacients i els seus familiars.

És per això que, en la nostra Comunitat, igual que en la resta d'Espanya i a l'àmbit internacional, la resposta del sistema a les necessitats d'atenció domiciliària tendixen a implementar-se com una alternativa molt important on s'intenta la coordinació sociosanitària, prioritzant-se l'atenció integral del pacient.

Segons l'OMS, una tendència comuna en les recents reformes dels sistemes sanitaris a l'àmbit europeu i internacional és l'èmfasi en models d'integració en la provisió de servicis com a estratègia per a superar les deficiències associades a la fragmentació dels servicis i per a millorar la qualitat de l'atenció.

Recolzant-se en les tendències recents de la IMAD (Iniciativa per a la Millora de l'Atenció Domiciliària) en la nostra Comunitat, la Conselleria de Sanitat opta per una estratègia basada en:

1. Potenciar i consolidar la prestació domiciliària dels cinc agents sanitaris actuals:

- ✓ Els equips d'Atenció Primària a través del Programa d'Atenció Domiciliària (PAD)

- ✓ Les Unitats Hospitalàries Domiciliàries (UHD).
- ✓ Els Recursos del Sistema d'Urgències i Emergències Extrahospitalàries.
- ✓ Les Unitats de Salut Mental (USM).
- ✓ Les Unitats Bàsiques de Rehabilitació.

2. Un àmbit geogràfic i un lloc d'atenció comuna.

- ✓ El Departament de Salut.
- ✓ El domicili:
 - La seua vivenda habitual i permanent.
 - La seua vivenda temporal en domicilis de familiars.
 - La institució residencial on habite.

Segons el Reial Decret 1030/2006, de 15 de setembre de 2006, pel qual s'estableix la cartera de servicis comuns del **Sistema Nacional de Salut**, l'atenció primària comprendrà activitats de promoció de la salut, educació sanitària, prevenció de la malaltia, assistència sanitària, manteniment i recuperació de la salut, així com rehabilitació física i el treball social.

Totes estes activitats, que van dirigides no sols al pacient, sinó també als seus familiars i a la comunitat, es presten sempre davall un enfocament biopsicosocial, per equips interdisciplinaris a fi de garantir la qualitat i accessibilitat d'estes, així com la continuïtat entre els diferents àmbits d'atenció en la prestació de servicis sanitaris i la coordinació entre tots els sectors implicats.

Tal com es contempla en l'annex II del mencionat Reial Decret, el Programa d'Atenció Domiciliària per a pacients immobilitzats comprén la intervenció del treballador social en els apartats següents:

Apartat a) Valoració integral de les necessitats sociosanitàries del pacient, incloent-hi les causes de la seua immobilització.

Apartat b) Establiment d'un pla de cures, metges, d'infermeria, i de treball social que incloga mesures preventives, instruccions per al correcte

seguiment del tractament, recomanacions higienicodietètiques, control dels símptomes i cures generals, així com la coordinació amb els serveis socials.

Apartat d) Informació i assessorament a les persones vinculades al pacient, especialment el cuidador/a principal.

Finalment indicar que este programa està coordinat amb el programa d'Atenció Pal·liativa a Malalts Terminals, amb el de Suport a l'atenció primària en l'alta precoç o, si és el cas, hospitalització a domicili, i amb el programa de Millora de l'Atenció Domiciliària, ja que en definitiva el que es pretén és ubicar al pacient en el millor lloc terapèutic, i moltes vegades és el domicili el lloc adequat per a la continuïtat dels seues cures.

El treballador social de salut està implicat en tot el procés d'atenció integral al pacient immobilitzat, i tal com es menciona en el Decret **74/ 2007**: l'accés a altres recursos sociosanitaris serà facilitat i coordinat pels treballadors socials com a responsables de les funcions de diagnòstic i tractament de la problemàtica social que sorgix entorn del malalt i a la seua família " .Article. (6. Punt 6.7).

Des del punt de vista del treball social en l'àmbit sanitari, som conscients de la importància que la intervenció social té en este programa, a fi de mantindre el pacient immobilitzat, en les millors condicions possibles, procurant-li a ell i a la seua família, el suport social adequat en cada situació.

Així doncs, la intervenció del treballador social se sustentarà en tres pilars bàsics:

- A - Exercici d'activitats preventives i de promoció de salut.
- B - Adequació i optimització de recursos socials.
- C- Intervencions sobre l'entorn familiar i comunitari, prestant especial atenció als cuidadors.

Es desenrotllarà tenint en compte els objectius i les activitats proposades en els diferents nivells assistencials: individual, familiar, grupal i comunitari.

2) POBLACIÓ DIANA.

El present programa atindrà aquells pacients que no poden desplaçar-se al centre d'atenció sanitària o per als que el seu domicili és el millor lloc terapèutic, a fi de mantindre o elevar la seua salut, millorar la seua qualitat de vida o garantir-los una mort digna, així com atendre la salut dels seus cuidadors i proporcionar-los la capacitat i el suport adequat, perquè puguin col·laborar eficaçment en l'atenció del pacient.

També formaran part de la població diana d'este programa, aquells pacients que puguin estar institucionalitzats i requerisquen o demanen algun tipus d'intervenció sociosanitària, que no puga ser atesa des del seu centre sanitari.

3) OBJECTIU GENERAL.

“Prestar una atenció integral i de qualitat, en el seu medi habitual als pacients immobilitzats, fomentant-li la capacitat d'autocures, potenciant la capacitat de la persona i d'aquells que els cuiden i coordinant els recursos socials necessaris per a aconseguir estos fins.” Pla per a la Millora de l'Atenció Domiciliària a la Comunitat Valenciana, 2004-2007”

3.1 -OBJECTIUS ESPECÍFICS.

- 1r.- Identificar i detectar la població de risc social.
- 2n.- Conèixer, estudiar i valorar els aspectes sociofamiliars, que poden incidir en la prevenció, diagnòstics i tractament de la malaltia.
- 3r.- Elaborar un diagnòstic social i donar a conèixer a l'equip del Pla d'intervenció social establint plans conjunts d'actuació.
- 4t.- Proporcionar suport i capacitat als cuidadors perquè puguin oferir la millor atenció al pacient per mitjà d'una captació i prioritjació dels cuidadors de risc social.

4.) ACTIVITATS DEL TREBALLADOR SOCIAL

1. Estudi previ de la població diana i dels recursos existents en la zona de salut, aportant el diagnòstic social.
2. Captació precoç de la població immobilitzada en la zona d'atenció per a la seua incorporació al programa a través de:

- Cens de població.
 - Coordinació amb Servicis Socials de la zona.
 - Coordinació amb hospitals.
 - Coordinació amb altres institucions.
3. Captació de la població immobilitzada en situació de risc a través de la detecció en les consultes del centre, i/o derivació d'altres professionals tant d'institucions sanitàries com socials i civils.
 4. Captació dels cuidadors de risc social. (veure annex IV).
 5. Entrevista d'acollida per a la incorporació del pacient immobilitzat al programa, omplint les dades sociofamiliars en la seua història indicant si està inclòs en PAD i si és un pacient de risc social.
 6. Visita a domicili per a valorar la situació individual i familiar, així com les condicions d'habitabilitat de la vivenda, hàbits, higiene, etc. (veure annex IV sobre cures al cuidador)
 7. Informació i orientació sobre recursos sociosanitaris i comunitaris, així com tramitació i derivació si és procedent:
 - Informació i orientació sobre les ajudes per a l'eliminació de barreres arquitectòniques a fi de facilitar les cures i potenciar l'autonomia del pacient.
 - Canalitzar i ajudar en la necessitat de material ortoprotètic i ajudes tècniques.
 - Gestió i derivació a centres residencials i de dia públics i/o privats.
 8. Assessorament sobre aspectes legals com ara: els relacionats amb les cotitzacions a la Seguretat Social, assegurances privades, tuteles, incapacitat judicial, internaments, acolliments, dret d'aliments, incapacitat laboral, etc.
 9. Seguiment d'aquells pacients immobilitzats amb problemàtica social identificada.
 10. Suport a la família per a facilitar la seua col·laboració en l'atenció del pacient immobilitzat.

11. Coordinació amb institucions, associacions, i/o voluntariat perquè col·laboren en l'atenció d'estos pacients quan no tinguen suport familiar o este resulte insuficient.
12. Participar en activitats d'Educació per a la Salut encaminada a promoure hàbits i actituds saludables tant per al pacient com per als seus cuidadors o cuidadores familiars. Fomentar la realització d'activitats i l'autoatenció aprofitant al màxim les seues capacitats per a aconseguir el major grau possible d'autonomia i incrementar la seua autoestima.
13. Establir reunions periòdiques de coordinació interdisciplinària: metge-infermer-treballador social, a fi d'unificar criteris i establir objectius comuns per a supervisar el procés d'intervenció.
14. Coordinació i participació sistematitzada amb professionals i institucions: centres de Servicis Socials municipals i especialitzats, hospitals de referència, associacions i ONG (Parkinson, Alzheimer, càncer...), clubs de jubilats, centres de dia, residències, CEAMs...
15. Promoció i coordinació de grups socials amb la finalitat de fomentar:
 - Consciència de grup, suport mutu, associacions.
 - Alternatives d'oci i temps lliure.
16. Participació en activitats de formació i investigació de l'equip.
17. Registre sistematitzat de les activitats.
18. Avaluar els objectius aconseguits juntament amb l'equip.

5) METODOLOGIA

5.1) CRITERIS DE DERIVACIÓ:

Seran derivats al treballador social aquells pacients que complisquen, almenys, un d'estos criteris i/o obtinguen 10 o més punts en l'Escala de Gijón.

- a)** Viure sol: en l'Escala de Gijón representat pels punts 4 i 5 del primer apartat "A- Situació Familiar".
- b)** Dependència completa per a la mobilitat: quan no se superen 20 punts en l'Escala de Barthel.
- c)** Deteriorament cognitiu segons Escala de Pfeiffer.

- d)** d)Falta de suport familiar i/o social; quan no tinga suport o este existisca però siga insuficient. És a dir, que no garantisca la satisfacció de totes les necessitats derivades del seu estat patològic des d'una perspectiva integral: en l'Escala de Gijón està relacionat amb els punts 2,3, 4, i 5 del quart apartat " D- Relacions Socials".
- e)** Existència de conflicte familiar: el seu origen i repercussió són multifactorials. Poden gestar-se per la no acceptació del pacient, per les diferents patologies cròniques i invalidants que requereixen major esforç i ensinistrament, perquè suposen una càrrega econòmica o perquè la seua presència és considerada com desequilibrant per al funcionament familiar. (Escala d'Apgar- Puntuació: 0-3= Disfunció greu. Famílies disfuncionals).
- a)** Que es produísca sobrecàrrega del cuidador principal. (Escala de Zarit). Puntuació > 55: Sobrecàrrega intensa).
- b)** Vivenda deficient: quan les condicions internes i externes de la vivenda siguen insalubres. Relacionat en l'Escala de Gijón amb els punts 2,3,4 i 5 del punt tercer "C- Vivenda".
- c)** Baixos recursos econòmics: este criteri està directament lligat a l'apartat " Situació Econòmica" de l'Escala de Gijón. Per això quan en este s'haja assenyalat el seu punt tercer "LISMI- FAS- PENSIÓ NO CONTRIBUTIVA" o quint " Sense ingressos o inferiors a l'apartat anterior", s'ha d'assenyalar este criteri de derivació.
- d)** Viu en zona aïllada o amb problemes d'accessibilitat: dificultat d'accés als recursos socio-sanitaris i als servicis en general per estar en zona aïllada o per tindre dificultat de desplaçament a estos.
- e)** Sospita de maltractaments.
- f)** Analfabetisme o incompliment del tractament prescrit pels facultatius.
- g)** Falta d'higiene personal o en la vivenda.

5.2) PROCEDIMENTS DE DERIVACIÓ AL TREBALLADOR O TREBALLADORA SOCIAL:

a) Derivat per professionals dels equips de salut:

S'utilitzaren els següents instruments per a esta:

- Cita programada en l'Agenda del Treballador Social (utilitzant SIA per a la derivació entre servicis sanitaris).
- Telefònicament en casos de problemàtica greu i deixant el registre de la comunicació en Programa Informàtic SIA.
- A través de reunions de coordinació i seguiment.

b) Derivació per la resta de recursos de la comunitat:

En el cas de derivació per altres servicis es realitzarà per mitjà d'informe de derivació:

- Fax.
- Correu electrònic.
- Telefònicament.
- a través de reunions de coordinació i seguiment

5.3.- COORDINACIÓ:

La coordinació sociosanitària promou l'aplicació i execució de criteris comuns entre institucions, servicis i professionals que actuen en el mateix àmbit comunitari, a fi de:

1.- Atendre la població immobilitzada de forma integral i integrada (a nivell individual i/o familiar), facilitant-los l'accessibilitat als diferents servicis, recursos socials i programes que milloren la seua qualitat de vida, en concret facilitar-los l'accés als següents recursos socials:

- Servici d'ajuda a domicili.
- Programa Menjar a casa
- Programa Major a casa.
- Teleassistència.
- Tallers d'informació i formació per als cuidadors principals. (àmbit municipal).
- Voluntariat i associacions.
- Pensions, prestacions econòmiques individualitzades:
 - Ajudes d'Emergència.
 - Ajudes de Desenrotllament Personal per a Discapacitats i Tercera Edat.

- Ajuda Econòmica per a l'Atenció d'Ancians des de l'àmbit familiar.
- Sol·licitud del grau de minusvalidesa.
- Sol·licitud valoració del grau i nivell de dependència.
- Quan es produïska claudicació temporal del cuidador principal:
 - Sol·licitud per a estada temporal en residència temporal.(Segons el cas, de menors, dones, discapacitats físics, psíquics, malalts mentals i/o tercera edat).
- Quan es produïska claudicació definitiva o absència del cuidador principal i impossibilitat de continuar en el domicili:
 - Sol·licitud per a accés a residències públiques d'estada permanent i si és procedent sol·licitud d'ajudes econòmiques per a finançar estades en residències privades fins a concessió plaça pública.

2.- Per a la gestió i tramitació dels anteriors recursos i programes és fonamental la coordinació amb els treballadors socials municipals i d'atenció especialitzada, ja que això ens permetrà evitar la duplicitat d'accions. Per a això és necessari establir reunions de coordinació amb els servicis socials a fi de:

- Delimitar competències i establir protocols per a captació, intervenció i seguiments dels casos de major risc social.
- Elaborar un cens de població amb els beneficiaris del SAD i del PAD, per a realitzar seguiment conjunt i prioritzar la intervenció social dels casos de risc social més greus.

3.- Conèixer les necessitats reals i les necessitats sentides per la comunitat i en concret per la família i el mateix immobilitzat.

4.- Optimitzar els recursos existents i promoure la creació dels necessaris.

Per a dur a terme estos objectius es requerix l'elaboració d'un circuit d'intervencions coordinades com a instrument de treball, que preveja el pacient immobilitzat i al cuidador principal com a eixos centrals de tota la intervenció.

Des de l'àmbit sanitari, el treballador social li informará i, si és el cas, li tramitarà l'accés als següents programes i prestacions sanitàries:

- Informació per a sol·licitar prestacions ortoprotètiques de la Conselleria de Sanitat.
Vegeu Guia d'actuacions dels treballadors socials en relació a la tramitació de la Targeta Sanitària SIP i a la protecció de dades en el SIP
- Targeta Sanitària per a persones sense recursos:
Vegeu Guia d'actuacions dels treballadors socials en relació a la tramitació de la Targeta Sanitària SIP i a la protecció de dades en el SIP
- Reintegrament de gastos per trasllat i dietes.
- Programa per a finançar l'assistència farmacèutica i ortoprotètica gratuïta a discapacitats.
- Tramitació cadires de rodes elèctriques.

6) AVALUACIÓ

Ens permet conèixer la utilitat de les actuacions realitzades. Pretén valorar si la intervenció social que es realitza té un impacte específic en el nivell de benestar de la població, i si algunes activitats són més específiques que altres.

- Diagnòstics establits.
- Procediments realitzats.
- Nombre de procediments no duts a terme.

Considerem com a indicadors d'avaluació dins del programa d'atenció domiciliària, els següents:

- ✓ Nombre de pacients amb problemàtica social captats i inclosos en el programa d'atenció domiciliària.
- ✓ Nombre de cuidadors de risc social inclosos en el programa d'atenció domiciliària.
- ✓ Procedència de la demanda.
- ✓ Motiu de consulta.

- ✓ Necessitat social detectada.
- ✓ Nombre de contactes realitzats.
- ✓ Nombre de pacients amb escales de valoració realitzada
- ✓ Nombre de recursos proposats.

7) BIBLIOGRAFIA.

- *Atenció Domiciliària. Organització i pràctica.* Edita: Springer-Verlag. Barcelona. 1999.
- Bimbela Pedrosa, JL. E.A.S.P. *Cuidando al cuidador.* Counseling per a professionals de la salut.
- *Catàlegs del Sistema d'Informació Econòmica. Catàleg de Procediments de l'Hospital a Domicili.* Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. 2005
- *Comisión para el desarrollo de la atención enfermera en el SAS.* Junta d'Andalucia.
- Contel Segura, J.C., Gen Gandia, J. i Pepa Gascons, M. *Atención Domiciliaria. Organización i Práctica.* Edita Sprintes-Verlag Ibèrica. Barcelona. 1999.
- *Curso Básico de Formación en Atención Socio-sanitaria para Trabajadores Sociales* Edición Valencia. Va tindre lloc a l'EVES del 21 al 31 d'octubre de 2002.
- Decret 74/2007, de 18 de maig, del Consell, pel qual s'aprova el Reglament sobre estructura, organització i funcionament de l'atenció sanitària a la Comunitat Valenciana.
- *Encuentro sobre la Coordinación Socio-sanitaria desde la perspectiva del Trabajo Social.* Conselleria de Benestar Social i Conselleria de Sanitat, 6 i 7 de juny de 2002.
- *Escalas y instrumentos para la valoración en atención domiciliaria.* Edita. Conselleria de Sanitat. 2004.
- García Calent MM. Mateo Rodríguez L. *Relación entre los sistemas: las cuidadoras informales y los servicios sanitarios y sociales*

- *Guia de actuación del trabajador de atención primaria con personas mayores.* Elaborat per treballadores socials d'Atenció Primària de València. 2006.
- *IMAD. GEM de valoración del cuidador principal de la IMAD.* M^a Ángeles Celada Pérez. Treballadora Social. Conselleria de Sanitat. Pla de Salut . 2002
- K. Eia Agarren & Peter Tomson. *INTERVENCIÓN FAMILIAR Guia práctica para los profesionales de la salud.* Ed. Paidós. Barcelona: 1997.
- *Manual d'Atenció Domiciliària.* Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària. 2003.
- M. McGoldrick i R. Gerson. *GENOGRAMAS EN LA EVALUACIÓN FAMILIAR* Ed.Gedisa.
- *Plan para la Mejora de la Atención Domiciliaria en la Comunidad Valenciana 2004-2007.* Edita: Conselleria de Sanitat. 2004.
- *Plan de Salud de la Comunidad Valenciana 2005-2009.* Edita. Conselleria de Sanitat. 2006.
- *Plan integral de atención sanitaria a las personas mayores y a los enfermos crónicos en la Comunidad Valenciana.* 2007-2011. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. 2007
- *Perfil médico social del cuidador crucial. Se trata de un pariente oculto?* Atenció Primària Vol. 16 núm. 4, 15 setembre. 1995.
- *Programa PALET,* Generalitat Valenciana, Conselleria de Sanitat. 1998.
- *Protocol de Coordinación de Mayores.* Elaborat pels treballadors socials de València. Presentat en la II Trobada sobre la coordinació sociosanitària des de la perspectiva del Treball Social. Alacant 11 i 12 de novembre del 2004.
- Reial Decret 1030/2006, de 15 de Setembre, pel qual s'establix la cartera de servicis comuns del Sistema Nacional de Salut i el procediment per a la seua actualització.
- *Revista AGATHOS.* Atención Sociosanitaria i Bienestar. Article núm. 4: "La dimensión social de las Unidades de Hospitalización Domiciliaria de la Comunidad Valenciana". Eva Ortiz Forcadell. Setembre 2004.

- *Sobrecarga y desgaste profesional del cuidador*. Postgraduate Medicine Vol. 9, núm. 2, feb. 2003.
- *Valoración de la sobrecarga y apoyo al cuidador del enfermo con demencia*. Rev. Geriàtrika. Vol. 17 (6)- 205. 2001.
- Yanguas Lezaun, J. Centúria Aráosla, Francisco J. Leturia Aráosla, M. *Apoyo informal y cuidado de las Personas Mayores Dependientes*. Papers del Psicòleg. ÈPOCA III-, núm. 76, pp. 23-32. 2000.

ANNEXOS

ANNEX I
INFORME SOCIAL DE DERIVACIÓ

EMÉS PER:

DATA:

DIRIGIT A:

1.- DADES IDENTIFICACIÓ DE L'USUARI:

Nom i Cognoms:

Domicili:

Telèfon:

2.- COMPOSICIÓ FAMILIAR:

3.- SITUACIÓ SOCIOECONÒMICA:

4.- SITUACIÓ VIVENDA:

5.- SITUACIÓ SANITÀRIA:

6.- VALORACIÓ I PROPOSTA:

ANNEX II

GENOGRAMA FAMILIAR

Apunts: INTRODUCCIÓ A LA SISTÈMICA I TERÀPIA FAMILIAR. Professor: Luis Cibanal.

1 DEFINICIÓ I ASPECTES GENERALS

2 ELABORACIÓ DEL GENOGRAMA:

- A. ESTRUCTURA: Símbols per a descriure l'estructura i els membres de la família.
- B. INFORMACIÓ: Registre de les dades més significatives.
- C. RELACIONS: Símbols per a descriure les pautes d'interacció familiar.

3. INTERPRETACIÓ. Categories:

- A. Composició de la llar
- B. Constel·lació fraterna
- C. Configuracions familiars inusuals
- D. Adaptació al cicle vital
- E. Repetició de pautes a través de les generacions
- F. Successos de la vida i funcionament familiar

1. DEFINICIÓ I ASPECTES GENERALS.

El GENOGRAMA és una representació gràfica d'una constel·lació familiar multi-generacional (almenys tres generacions), que registra informació sobre els membres d'eixa família i les seues relacions. La seua estructura en forma d'arbre proporciona una ràpida "gestalt " de les complexes relacions familiars i és una rica font d'hipòtesis sobre com un problema clínic pot estar relacionat amb el context familiar i la seua evolució a través del temps.

Generalment el genograma es construeix durant la primera sessió i després se'l revisa a mesura que s'obté més informació. El genograma ajuda al terapeuta i a la família a veure un "quadro major", tant des del punt de vista històric com de l'actual: és a dir, que la informació sobre una família que apareix en el genograma pot interpretar-se en forma horitzontal a través del context familiar i vertical a través de les generacions.

El genograma inclou almenys a tres generacions de familiars així com també successos nodals i crítics en la història de la família, en particular els relacionats amb el "cicle vital".

Encara que els teòrics de la teràpia familiar estructural i estratègica (Minuchin, Haley, etc.) no van utilitzar genogrames en els seus enfocaments, preferint concentrar-se en les relacions emocionals de la família immediata, no obstant això, estan interessats en les estructures jeràrquiques, en especial en les coalicions on s'encreuen els límits generacionals.

Les famílies es repeteixen a si mateixes. El que passa en una generació sovint es repetirà en la següent, és a dir, les mateixes qüestions tendeixen a aparèixer de generació en generació, a pesar que la conducta pugui prendre una varietat de formes. Bowen ho denomina transmissió multigeneracional de pautes familiars.

La hipòtesi és que "les pautes vinculades en generacions prèvies poden subministrar models implícits per al funcionament familiar en la següent generació". En el genograma, busquem estes pautes que continuen o s'alternen d'una generació a l'altra.

Carter considera que el "flux d'ansietat" en un sistema familiar es dona tant en la dimensió vertical com en l'horitzontal. El flux "vertical deriva de pautes de funcionament que es transmeten històricament d'una generació a una altra, en especial a través del procés del triangle emocional. El flux d'ansietat "horitzontal" sorgix de les tensions actuals que pesen sobre la família a mesura que avança a través del temps suportant els canvis inevitables, les desgràcies i les transicions en el cicle de vida familiar. Amb la tensió suficient en este eix horitzontal, qualsevol família experimentarà disfunció. A més, les tensions en l'eix vertical poden crear nous problemes de manera que fins una xicoteta tensió horitzontal pot tindre serioses repercussions en el sistema. Per exemple, si una dona té moltes qüestions sense resoldre amb el seu pare (ansietat vertical), li pot resultar difícil tractar les dificultats normals en la relació de parella amb el seu espòs

(ansietat horitzontal). El genograma ajuda al terapeuta a rastrejar el flux d'ansietat a través de les generacions i del context familiar actual.

2. ELABORACIÓ DEL GENOGRAMA FAMILIAR

Elaborar un genograma suposa tres nivells:

- A. Traçat de l'ESTRUCTURA familiar
- B. REGISTRE de la informació sobre la família.
- C. Descripció de les RELACIONS familiars.

A. Traçat de l'estructura familiar

La base del genograma és la descripció gràfica de com diferents membres d'una família estan biològica i legalment lligats entre si d'una generació a una altra. Este traçat és la construcció de figures que representen persones i línies que descriuen les seues relacions.

A continuació detallarem els respectius símbols que s'utilitzen per a la construcció dels genogramas.

- 1) Cada membre està representat per un quadre o un cercle segons siga baró o dona.
- 2) El "pacient identificat" es representa amb doble línia en el quadrat o cercle.
- 3) Per a una persona morta es col·loca una "X" dins del quadrat o cercle. Les figures en el passat distant (més enllà de tres generacions), no es marquen ja que estan presumiblement mortes.
- 4) Els embarassos, avortaments i parts d'un fetus mort s'indiquen pels següents símbols.

Embaràs mort: Triangle

Part d'un fetus: Quadre amb una creu en el seu interior

Avortament espontani: Cercle negre

Avortament provocat: Creu

5) Les relacions biològiques i legals entre els membres de la famílies representen per línies que connecten als dits membres.

6) Si una parella viuen junts però no són casats s'utilitza una línia de punts.

7) Les barres inclinades signifiquen una interrupció del matrimoni: una barra per a la separació i dos per al divorci.

8) Els matrimonis múltiples poden representar-se de la següent manera.

UN MARIT AMB DIVERSES ESPOSES: S'unix l'actual matrimoni amb una línia recta i els anteriors amb una línia que tangencialment és tallada per altres dos.

CADA CÒNJUGE VA TINDRE DIVERSOS CONSORTS: S'unix l'actualment matrimoni amb una línia recta i els anteriors matrimonis s'unixen amb línies rectes que tangencialment són tallades per altres dos.

9) Si una parella té diversos fills, la figura de cada fill es col·loca connectada a la línia que unix a la parella. Els fills es van situant d'esquerra a dreta des del major al més jove.

10) S'utilitza una línia de punts per a connectar un xiquet adoptat a la línia dels pares.

11) Els fills bessons es representen per la connexió de dos línies convergents a la línia dels pares; si són monocigòtics (idèntics) estos al seu torn estan connectats per una barra.

12) Per a indicar els membres de la família que viuen en la llar immediata, s'utilitza una línia puntejada per a englobar als membres que convinga.

B. Registre de la informació sobre la família

Una vegada que s'ha traçat l'estructura familiar podem començar a agregar informació sobre la família:

a) Informació demogràfica:

Inclou edats, dates dels naixements i morts, ocupacions i nivell cultural. Es posen en l'interior del cercle (dones) o quadrat (hòmens) l'edat. Si han mort a més s'encreuaren interiorment amb una creu.

b) Informació sobre el funcionament:

La informació funcional inclou dades més o menys objectius sobre el funcionament mèdic, emocional i de comportament de distints membres de la família. La informació recollida sobre cada persona se situa junt amb el seu símbol en el genograma.

c) Successos familiars crítics:

Inclouen canvis de relacions, migracions, fracassos, i èxits. Estos donen un sentit de continuïtat històrica de la família. Els fets crítics de la vida estan registrats en el marge del genograma o, si fóra necessari, en un full separat.

C. Descripció de les relacions familiars.

El tercer nivell en la construcció del genograma comprén el traçat de les relacions entre els membres d'una família. Les dites descripcions estan basades en l'informe dels membres de la família i en observacions directes. S'utilitzen distints tipus de línies per a simbolitzar els diferents tipus de relacions entre dos membres de la família.

Com les pautes vinculares poden ser prou complexes, resulta sovint útil representar-les en un genograma a part.

A continuació exposem la representació gràfica de distints tipus de relacions:

FUSIONATS: Tres línies paral·leles.

UNITS: Dos línies paral·leles.

DISTANTS: Una línia.

APARTATS: Una línia tallada tangencialment per una altra línia.

CONFLICTIUS: Una línia congost que unix als dos individus.

FUSIONATS CONFLICTIUS: Tres línies paral·leles que en el seu interior conté una línia congost.

3. INTERPRETACIÓ DEL GENOGRAMA.

Per a seguir uns criteris metodològics establirem diverses categories que ens servisquen de pauta per a la interpretació d'un genograma. Encara que es presenten per separat, les categories solen superposar-se unes amb altres.

A. Composició de la llar:

Una ullada a l'estructura del genograma sol mostrar la composició de la família, és a dir, si és una família nuclear intacta, una família amb un dels pares només, una família que va tornar a casar-se, una família de tres, etc.

B. Constel·lació fraterna:

La posició fraterna pot tindre una particular importància per a la posició emocional d'una persona dins de la família d'origen i en les futures relacions amb el seu cònjuge i fills. Sovint, els fills majors senten que són especials i en particular responsables de mantindre el benestar de la família o de continuar amb la tradició familiar. Del fill major sempre s'esperen grans coses.

Al fill menor potser se li tracte com al "bebé" de la família i pot estar acostumat que altres s'ocupen d'ell. Els més joves poden sentir-se més lliures i menys carregats amb la responsabilitat familiar.

No és sorprenent que els fills únics tendixen a ser més independents des del punt vista social i menys orientats cap a les relacions amb els seus iguals. Els fills únics tenen característiques mesclades tant dels fills majors com dels menors, encara que hi haja predomini de les primeres com resultat de ser l'únic centre d'atenció dels pares.

És comú que els fills del mig mostren característiques ja siga de fill major, de fill menor o d'ambdós combinades. Ben sovint, un fill del mig, llevat que ell o ella siga l'únic baró o l'única dona, ha de lluitar per a obtenir un rol en la família. Un xiquet així pot escapar de les intensitats dirigides al major o al menor, però també haurà de lluitar perquè el tinguen en compte.

La posició fraterna pot predir algunes dificultats maritals. Per exemple, Tolman prediu que aquells, que contrauen matrimoni amb un cònjuge de la mateixa posició fraterna tindran més dificultats a adaptar-se al matrimoni. Sosté que per a les parelles que provenen de posicions fraternes complementàries, el matrimoni serà més fàcil perquè tot continua sent igual (el matrimoni repetix la seua constel·lació de germans).

El gènere és un altre factor important en la interpretació de les configuracions de la constel·lació fraterna en un genograma. Per exemple, un xic amb totes germanes tindrà molta experiència amb les xiquetes però molt poca amb els barons i viceversa. Les dites experiències (o la falta d'elles) amb el sexe oposat poden afectar també la compatibilitat marital.

Un altre factor per a comprendre les constel·lacions familiars és la diferència d'edat entre germans. Una regla pràctica és que com més gran és la diferència d'edats, menor és l'experiència de germans que possiblement hagen tingut. Generalment, els germans amb una diferència d'edat major de sis anys són més fills únics que germans, ja que han passat les etapes del desenrotllament per separat.

És important no prendre les hipòtesis sobre la constel·lació fraterna en forma massa literal. La investigació empírica en este terreny no és concloent perquè hi ha molts altres factors que poden modificar o moderar la influència de la constel·lació fraterna. No obstant això, tindre coneixement de la constel·lació fraterna pot proporcionar, des del punt de vista clínic, explicacions normalitzadores útils sobre els rols de les persones en la seua família.

Altres factors que poden influir modificant el rol de la constel·lació familiar són: el moment del naixement de cada germà en la història familiar; les característiques especials del xiquet; el "programa" familiar per al xiquet; les actituds i inclinacions parentals sobre les diferències sexuals: la posició fraterna del fill respecte a la del pare.

C. Configuracions familiars inusuals: A l'estudiar el genograma, a vegades certes configuracions estructurals "salten a la vista" suggerint, temes o problemes crítics per a la família.

A manera d'exemple, es pot observar:

- multitud de separacions i/o divorcis
- preponderància de dones professionals d'èxit: artistes, científics, polítics, etc.
- freqüència a adoptar fills
- les dones per línia paterna són fadrines
- germans d'una família contrauen matrimoni amb germanes d'una altra família
- reiteració en l'elecció d'un tipus de professió: mestres, metges, comerciants, etc.

D. Adaptació al cicle vital:

Esta categoria implica la comprensió de les transicions del cicle vital a les quals s'està adaptant una família. L'ajust d'edats i dates en un genograma ens permet veure si els successos del cicle vital es donen dins de les expectatives normalitzades. Si no és així, es pot continuar investigant les possibles dificultats al manejar eixa fase vital del cicle evolutiu de la família.

Per tant, és important observar en el genograma aquelles edats que diferisquen molt de la norma per a la seua fase del cicle vital. Les dates de naixements, morts, abandó de la llar, de casament, separació i divorci que apareixen en el genograma són molt útils a este respecte. Per exemple el fet de que tres fills en una família es van casar per primera vegada passats els cinquanta anys podria indicar alguns problemes per a deixar la llar i formar relacions íntimes. Pot ser significatiu explorar els motius d'elecció en una parella amb una marcada diferència d'edat: ell 25 anys i ella 48, per exemple. Una dona que té el seu primer fill als 43 anys, un home que es convertix en pare als 70 anys, o una família on totes les filles, ja adultes, romanen fadrines i en la llar, tot això suggerix sistemes on les desviacions en el patró normatiu del cicle vital mereixen un major estudi.

E. Repetició de pautes a través de les generacions:

Atés que les pautes familiars poden transmetre's de generació en generació, el terapeuta ha d'estudiar el genograma per a tractar de descobrir pautes que s'hagen anat repetint a través de les generacions.

El funcionament dels membres d'una família pot repetir-se a través de les generacions. En els dits casos, un estil particular de funcionament (ja siga d'adaptació o inadaptació) o de la forma de tractar un problema passa d'una generació a una altra. Esta transmissió no necessàriament es dona en la següent generació un pare alcohòlic pot tindre fills abstemis i els fills d'estos poden convertir-se en alcohòlics.

Sovint, el problema que presenta la família haurà ocorregut en generacions prèvies. Diverses pautes simptomàtiques, com ara alcoholisme, incest, símptomes físics, violència i suïcidi tendixen a repetir-se en les famílies d'una generació a una altra. També es poden identificar pautes multigeneracionales d'èxit o de fracàs. A vegades ocorre que una generació presenta una pauta de funcionament d'èxit i la següent d'un notable fracàs.

Al notar la repetició de pautes, el terapeuta podrà comprendre millor l'adaptació actual de la família a la situació i així suggerir intervencions per a frustrar el procés.

Les pautes vinculades de proximitat, distància, conflicte, etc. també poden repetir-se d'una generació a una altra. Un exemple de la dita repetició seria una família on la mare i el fill major en cada generació posseïxen una aliança especial mentres que el pare i el dit fill mantenen una relació conflictiva negativa.

El sistema humà més xicotet és un sistema de dos persones. Els genogrames es poden analitzar en termes de relacions de pares (diades), amb línies vinculades d'unió, fusió, distància, separació, etc. No obstant això, també podem considerar el sistema familiar com un grup de "triangles" entrelaçats. Així, per exemples el distanciament del pare respecte de la mare és una funció de la seua intimitat amb la seua filla i del conflicte de la mare amb esta.

Comprendre les pautes triangulars en una família resulta essencial per al planejament de la intervenció clínica. La "destriangularització" és un important procés clínic a través del qual se'ls ajuda als membres d'una família a alliberar-se de rígides pautes triangulars.

És comú que les pautes familiars de "funcionament" i de "relació" s'intensifiquen quan una estructura es repeteix d'una generació a l'altra. Quan busquem una repetició en el funcionament i les relacions, també busquem la repetició de l'estructura familiar. Per

exemple, una mare que és la menor de tres germanes és probable que s'identifique amb la seua filla menor si ella també té tres filles.

F. Successos de la vida i funcionament familiar:

Esta categoria comprén l'enteniment de com els successos de la vida estan interconnectats amb els canvis en el funcionament familiar. Sovint, successos segons pareix desconnectats que es donen al voltant de la mateixa època de la història familiar estan relacionats sistemàticament i tenen un profund impacte sobre el funcionament de la família.

Els canvis, transicions i traumes crítics de la vida poden tindre un impacte dramàtic sobre un sistema familiar i els seus membres. Cal prestar particular atenció a l'impacte de les pèrdues, ja que és més probable que una família tinga dificultats per a reajustar-se després d'una pèrdua que de qualsevol altre canvi en la família. L'estudi de l'impacte dels fets familiars ha de donar-se dins del context de les expectatives normalitzades. S'ha de considerar l'estructura familiar però també les edats en el moment del fet. Així, el com es veuen afectats els fills per un succés crític tal com la mort d'un dels pares depén del seu nivell de desenrotllament emocional i cognoscitiu, ja que un fill major tindrà una experiència diferent de la d'un fill menor.

Un fet en particular traumàtic per a una família és la mort d'un xiquet menut. A l'estudiar els genogrames de persones famoses, s'observa que moltes d'elles havien nascut un poc abans o després de la mort d'un germà: a vegades la mort d'un fill fa que el fill sobrevivent siga més "especial" per als pares.

Un succés "bo" també pot tindre un poderós impacte sobre la família. En moltes famílies, la fama d'un individu té profundes repercussions per als altres membres de la família; sovint, els fills de la següent generació tenen un difícil llegat: "una tasca dura a seguir". Certes "coincidències" de fets poden comprendre's com "reaccions d'aniversari"; és a dir, els membres d'una família reaccionen davant del fet de que la data és l'aniversari d'algun succés crític o traumàtic. Per exemple, un membre d'una família pot deprimir-se per a la mateixa època de l'any al voltant de la data quan va morir un dels seus pares o un germà, a pesar que sovint eixa persona no realitza una connexió conscient. És important relacionar els successos familiars que apareixen en el genograma amb el context social, econòmic i polític en el qual ocorren. Un succés que

té gran impacte sobre una família és l'emigració. Una família que emigra en els anys en què la mare es dedica a tindre fills pot tindre dos grups diferents de fills: aquells que van nàixer abans i els que naixen després de l'emigració.

ANNEX III

ÍNDEXS I ESCALES

ÍNDIX DE BARTHEL

(ESCALA D'ACTIVITATS BÀSIQUES DE LA VIDA DIÀRIA)

| | |
|--|------------------------|
| PREGUNTA 1 Menjar | RESPOSTA Punts. |
| OPCIONS | Valor |
| 1 Independent. Usa instruments necessaris i menja en temps raonable | 10 |
| 2 Necessita ajuda per a tallar la carn o el pa, estendre mantega, etc | 5 |
| 3 Dependent | 0 |
| | |
| PREGUNTA 2 Llavar-se (Bany) | RESPOSTA |
| Punts | |
| OPCIONS | Valor |
| 1 Independent. Capaç de llavar-se sencer. Entra i ix només del bany. Pot fer-ho sense una altra persona present | 5 |
| 2 Dependent | 0 |
| | |
| PREGUNTA 3 Vestir-se | RESPOSTA Punts |
| OPCIONS | Valor |
| 1 Independent. Capaç de posar-se i llevar-se roba, lligar-se sabates, botonar-se i col·locar-se complements sense ajuda. | 10 |
| 2 Necessita ajuda però realitza només almenys la mitat de la tasca en un temps raonable | 5 |
| 3 Dependent | 0 |
| | |
| PREGUNTA 4 Arreglar-se (neteja) | RESPOSTA Punts |
| OPCIONS | Valor |
| 1 Independent. Inclou llavar-se la cara i les mans, pentinar-se, maquillar-se, afaitar-se i netejar-se les dents | 10 |
| 2 Dependent | 0 |
| | |
| PREGUNTA 5 Deposició (Valorar la setmana prèvia) | RESPOSTA Punts. |
| OPCIONS | Valor |
| 1 Continent. Cap episodi d'incontinència. Si necessita ènema o supositori se l'administra ell mateix. | 10 |
| 2 Ocasional. Un episodi d'incontinència. Necessita ajuda per a subministrar-se ènema o supositori | 5 |
| 3 Incontinent | 0 |
| | |
| PREGUNTA 6 Micció (Valorar la setmana prèvia) | RESPOSTA Punts. |
| OPCIONS | Valor |
| 1 Continent. Cap episodi d'incontinència. Si necessita sonda o col·lector és capaç de atendre's a soles. | 10 |
| 2 Ocasional. Màxim un episodi d'incontinència en 24 hores. Necessita ajuda en l'atenció de la sonda o col·lector. | 5 |
| 3 Incontinent. | 0 |
| | |
| PREGUNTA 7 Usar l'excusat | RESPOSTA Punts. |
| OPCIONS | Valor |
| 1 Independent. Usa excusat sense ajuda ni taca. En l'excusat es lleva i posa la roba Assentar-se i alçar-se sense ajuda, | 10 |
| 2 Necessita ajuda xicoteta per a mantindre l'equilibri, llevar-se, posar-se la roba, però es neteja a soles | 5 |
| 3 Dependent. | 0 |

| PREGUNTA 8 Traslladar-se (butaca/lit) | RESPOSTA | Punts |
|---|-----------------|--------------|
| OPCIONS | | Valor |
| 1 Independent. | | 15 |
| 2 Mínima ajuda física o supervisió verbal. | | 10 |
| 3 Gran ajuda (persona forta o entrenada). És capaç de romandre assentat sense ajuda | | 5 |
| 4 Dependent. Necessita grua o ajuda de dos persones; no roman assentat | | 0 |

| PREGUNTA 9 Deambulació | RESPOSTA | Punts. |
|---|-----------------|---------------|
| OPCIONS | | Valor |
| 1 Independent. Camina només 50m, ajuda de bastó, crosses, caminador sense rodes La pròtesi se la lleva i se la posa. | | 15 |
| 2 Necessita ajuda física o supervisió per a caminar 50m. | | 10 |
| 3 Independent en cadira de rodes sense ajuda ni supervisió. | | 5 |
| 4 Dependent. | | 0 |

| PREGUNTA 10 Escalons | RESPOSTA | Ptos. |
|--|-----------------|--------------|
| OPCIONS | | Valor |
| 1 Independent per a pujar o abaixar un pis sense supervisió ni ajuda d'una altra persona | | 10 |
| 2 Necessita ajuda física d'una altra persona o supervisió. | | 5 |
| 3 Dependent | | 0 |

Puntuació total **Punts.**

Interpretació Grau de Dependència:

Màxima puntuació: 100 punts (90 en el cas d'anar amb cadira de rodes)

Dependència Total: ≤ 20

Dependent Greu: 20 - 40

Dependent Moderat: 45-55

Dependent Lleu: ≥ 60

ESCALA DE LAWTON I BRODY

ESCALA D'ACTIVITATS INSTRUMENTALS DE LA VIDA DIÀRIA

BARÓ DONA

| | | | |
|---|---|----------|----------|
| Capacitat per usar el telèfon | Utilitza el telèfon per iniciativa pròpia | 1 | 1 |
| | És capaç de marcar bé alguns números familiars | 1 | 1 |
| | És capaç de contestar al telèfon, però no de marcar | 1 | 1 |
| | No utilitza el telèfon | 0 | 0 |
| Compres | Realitza independentment les compres necessàries | 1 | 1 |
| | Realitza independentment xicotetes compres | 0 | 0 |
| | Necessita anar acompanyat per a realitzar qualsevol compra | 0 | 0 |
| | Totalment incapaç de comprar | 0 | 0 |
| Preparació del menjar | Organitza, prepara, i servix per si sol adequadament | 1 | |
| | Prepara adequadament menjar si se li proporcionen els ingredients para, calfa i servix els menjars, però no seguix una dieta adequada | 0 | |
| | Necessita que li preparen i servisquen els menjars | 0 | |
| | | 0 | |
| Atenció de la casa | Manté només la casa o amb ajuda ocasional per a treballs pesats | 1 | |
| | Realitza tasques lleugeres, com rentar plats o fer els llits | 1 | |
| | Realitza tasques lleugeres, però no pot mantindre un adequat nivell de neteja | 1 | |
| | Necessita ajuda en totes les faenes de la casa | 1 | |
| | No participa en cap labor de la casa | 0 | |
| Llavat de roba | Lava per si sol tota la seua roba | 1 | |
| | Lava per si sol peces de roba xicotetes | 1 | |
| | Tot el llavat de roba ha de ser realitzat per una altra persona | 0 | |
| Ús de mitjans de transport | Viatja només en transport públic o conduïx el seu cotxe | 1 | 1 |
| | Viatja en transport públic, quan va acompanyat d'una altra persona | 1 | 1 |
| | És capaç de prendre un taxi, però no usa un altre mitjà de transport | 1 | 1 |
| | Utilitza el taxi o l'automòbil, però només amb ajuda d'altres | 0 | 0 |
| | No viatja en absolut | 0 | 0 |
| Responsabilitat respecte a la seua medicació | És capaç de prendre la seua medicació a l'hora i dosis correctes | 1 | 1 |
| | Pren la seua medicació si la dosi està prèviament preparada | 0 | 0 |
| | No és capaç d'administrar-se la seua medicació | 0 | 0 |
| Maneig de assumptes econòmics | S'encarrega dels seus assumptes econòmics per si sol | 1 | 1 |
| | Realitza les compres de cada dia, però necessita ajuda en les grans compres i bancs | 1 | 1 |
| | Incapaç de manejar diners | 0 | 0 |

TOTAL PUNTS

Interpretació:

Dones

Dependència: 0-1 Total, 2-3 Greu, 4-5 Moderada, 6-7 Lleu, 8 Autònoma.

Hòmens

Dependència: 0 Total, 1 Greu, 2-3 Moderada, 4 Lleu, 5 Autònom.

APGAR FAMILIAR

(VALORACIÓ FUNCIONAMENT FAMILIAR)

Indicació: Qüestionari per a explorar l'impacte de la funció familiar en la salut dels seus membres i per a conèixer fins a quin punt la família i el seu comportament com a tal davant la salut i l'atenció sanitària pot considerar-se un recurs per als seus membres, o si al contrari, influïx empitjorant la situació.

| | Quasi mai | A vegades | Quasi sempre |
|---|--------------|--------------|-----------------|
| 1.- Està satisfet amb l'ajuda que rep de la seua família quan té un problema? | 0 | 1 | 2 |
| 2.- Conversen entre vostés els problemes que tenen a casa? | 0 | 1 | 2 |
| 3.- Les decisions importants es prenen en conjunt en la casa? | 0 | 1 | 2 |
| 4.- Les decisions importants es prenen en conjunt en la casa? | 0 | 1 | 2 |
| 5.- Sent que la seua família el vol? | 0 | 1 | 2 |
| | | TOTAL | |

Interpretació:

- Normofuncionals de 7 - 10 punts
- Disfunció lleu de 4 - 6 punts
- Disfunció greu de 0 - 3 punts

ESCALA DE GIJÓN**(RISC SOCIAL)**

Indicació: Valoració inicial sociofamiliar en l'ancià per a la detecció de risc social.

| PREGUNTA 1 Situació Familiar | RESPOSTA | Total Punts |
|--|-----------------|--------------------|
| OPCIONES | | Valor |
| 1 Viu amb fills | | 1 |
| 2 Viu amb la parella d'edat semblant | | 2 |
| 3 Viu amb altres familiars o amics | | 3 |
| 4 Viu a soles però té fills pròxims | | 4 |
| 5 Viu a soles, no té fills o viuen allunyats | | 5 |

| PREGUNTA 2 Vivenda | RESPOSTA | Total Punts |
|---|-----------------|--------------------|
| OPCIONES | | Valor |
| 1 Adequada (llum, aigua, calefacció, neteja, telèfon, ascensor) | | 1 |
| 2 Equipament inadequat (no té un dels anteriors) | | 2 |
| 3 Barreres arquitectòniques | | 3 |
| 4 Vivenda inadequada (no té dos o mes dels anteriors) | | 4 |
| 5 No té casa (absència de vivenda) | | 5 |

| PREGUNTA 3 Relacions i contactes socials | RESPOSTA | Total Punts |
|---|-----------------|--------------------|
| OPCIONES | | Valor |
| 1 Manté relacions socials fora del domicili | | 1 |
| 2 Només es relaciona amb família i veïns. Ix de casa | | 2 |
| 3 Només es relaciona amb família. Ix de casa | | 3 |
| 4 No ix de la seua domicili. Rep família o visites (>1/setmana) | | 4 |
| 5 No ix del domicili ni rep visites (o <1/setmana) | | 5 |

| PREGUNTA 4 Suports de la xarxa social | RESPOSTA | Total Punts |
|---|-----------------|--------------------|
| OPCIONES | | Valor |
| 1 No necessita cap suport | | 1 |
| 2 Rep suport de la família i/o veïns | | 2 |
| 3 Rep ajuda a domicili, formal o voluntària | | 3 |
| 4 Pendent d'ingrés en residència d'ancians | | 4 |
| 5 Necessita cures permanents que no són donades | | 5 |

| PREGUNTA 5 Situació econòmica (ingressos/mes) | RESPOSTA | Total Punts |
|--|-----------------|--------------------|
| OPCIONES | | Valor |
| 1 Dos vegades el salari mínim | | 1 |
| 2 1,5 vegades el salari mínim | | 2 |
| 3 Pensió mínima contributiva | | 3 |
| 4 LISMI, FAS, pensió no contributiva | | 4 |
| 5 Sense pensió ni ingressos | | 5 |

Puntuació total

Punts

Interpretació: De 5 a 9 Bona/acceptable situació social
De 10 a 14 Hi ha risc social
Més de 15 Problema social

ESCALA DE RANKET MODIFICADA
(ESCALA DE DISCAPACITAT D'OXFORD)

Indicació: Mesurament del grau de dependència funcional en pacients amb ICTUS.

| GRAU | DESCRIPCIÓ |
|------|--|
| 0 | Sense símptomes. |
| 1 | Símptomes menors. Funcionament independent. |
| 2 | Alguna limitació en l'estil de vida, però independent. |
| 3 | Limitació important en l'estil de vida o necessitat d'alguna ajuda. Funcionalment dependent. |
| 4 | Dependent, però no requereix atenció constant. |
| 5 | Dependència completa, necessita atenció dia i nit |

| Grau | Discapacitat | Descripció |
|-------------|---------------------------------|--|
| 0 | Sense símptomes | Sense símptomes de cap tipus |
| 1 | Sense incapacitat important | Capaç de realitzar les seues activitats i obligacions habituals. |
| 2 | Incapacitat lleu | Incapaç de realitzar algunes de les seues activitats prèvies, però capàs de vetlar pels seus interessos i assumptes sense ajuda. |
| 3 | Incapacitat moderada | Requerix quelcom d'ajuda, però és capaç de caminar sense ajuda. |
| 4 | Incapacitat moderadament severa | Incapaç de caminar i d'atendre les seues necessitats corporals sense assistència. |
| 5 | Incapacitat severa | Enllitat, incontinent i requereix cures d'infermeria i atenció contínua. |

ESCALA DE CREU ROJA D'INCAPACITAT FÍSICA

| GRAU | DESCRIPCIÓ |
|------|---|
| 1 | Totalment normal. |
| 2 | Realitza les activitats de la vida diària. Deambula amb alguna dificultat. |
| 3 | Alguna dificultat per a realitzar actes diaris. Deambula amb ajuda de bastó o semblant. |
| 4 | Greu dificultat per als actes de la vida diària. Deambula amb extrema dificultat ajudat per una persona. Incontinència ocasional. |
| 5 | Necessita ajuda per a quasi tots els actes. Deambula ajudat amb extrema dificultat per dos persones. Incontinència habitual |
| 6 | Immobilitzat en llit o butaca. Incontinència total. Necessita cures contínues d'infermeria. |

CREU ROJA D'INCAPACITAT MENTAL

| GRAU | DESCRIPCIÓ |
|------|--|
| 0 | Totalment normal |
| 1 | Algunes rareses, lleugers trastorns de desorientació en el temps. Es pot parlar amb ell amb seny. |
| 2 | Desorientació en el temps. La conversació és possible, però no perfecta. Coneix bé les persones encara que a vegades oblidi alguna cosa. Trastorns de caràcter, sobretot si se li disgusta. Incontinència ocasional. |
| 3 | Desorientació. Impossible mantindre una conversació lògica. Confon les persones. Clars trastorns de l'humor. Fa coses que no pareixen explicables a vegades o a temporades. Freqüent incontinència |
| 4 | Desorientació. Clares alteracions mentals que la família o el metge han etiquetat ja de demència. Incontinència habitual o total |
| 5 | Demència senil total, amb desconeixement de les persones, etc. Vida vegetativa agressiva o no. Incontinència total |

ÍNDIX DE KATZ

GRAU DESCRIPCIÓ

- A Independent en alimentació, continència, mobilitat, ús de l'excusat, vestir-se i banyar-se.
 - B Independent per a totes les funcions anteriors excepte una.
 - C Independent per a totes excepte banyar-se i una altra funció addicional.
 - D Independent per a totes excepte banyar-se, vestir-se i una altra funció addicional.
 - E Independent per a totes excepte banyar-se, vestir-se, ús de l'excusat i una altra funció addicional.
 - F Dependent en les sis funcions.
- Altres Dependent en almenys dos funcions, però no classificable com C, D, E o F.

ANNEX IV

PERFIL CUIDADOR DE RISC SOCIAL

**GRUP DE TREBALL Programa de Millora d'Atenció Domiciliària (PMAD).
Conselleria de Sanitat. València.** (A. Cava; M.A. Trampa;;E. Diaz; M.J. Monrós)

Per a identificar al "cuidador de risc" seria necessari que presentara algun (més d'un) dels següents indicadors:

1. Inhibició i/o desatenció del cuidador principal en l'atenció al malalt.
2. Tensió física i/o emocional dels cuidadors.
3. Risc de claudicació en el cuidador.
4. Risc d'institucionalització del malalt per cansament del cuidador.
5. Conflicte familiar.
6. Ser major de 75 anys.
7. Viure sol amb el malalt.
8. Tindre una vivenda inadequada i/o precària (barreres arquitectòniques, apilotament, dèficits de condicions higièniques, carències de servicis bàsics, etc.)
9. Patir alguna patologia invalidant.
10. Tindre càrregues familiars a més del malalt, com a menors, malalts mentals, discapacitats físics, ancians, etc.)
11. Ingressos econòmics insuficients (nivell econòmic per davall del límit d'ingressos marcat per la Conselleria de Benestar Social per a les Ajudes Individuals, amb caràcter anual).
12. No tindre suport familiar.
13. No tindre suport social.
14. Absència de Xarxa de Suport Formal (Serv. Socials: servici d'ajuda a domicili, teleassistència, centre de dia, residència de respir, etc.)
15. Tindre problemes socials que incidisquen en la salut.
16. Aïllament/soledat.
17. Ser analfabet (problemes per incompliment del tractament prescrit).