

# ***INTERVENCIÓN DEL/LA TRABAJADOR/A SOCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN ATENCIÓN DOMICILIARIA***

*Equipo Trabajadoras Sociales Atención Primaria Valencia*

*Autoras:*

M<sup>a</sup> Ángeles Celada Pérez. C.S. Torrente (Valencia)

Araceli García Escudero. Hosp. La Fe (Valencia)

M<sup>a</sup> Isabel González Dura. C. S. (Castellón)

Pilar Hernández Zarzoso. C.S. Nazaret (Valencia)

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

M<sup>a</sup> José Monrós Chancosa. Serv. Asistencia Socio-sanitaria. Conselleria de Sanidad

## INDICE GENERAL

	<b>página</b>
<b>1.- Introducción</b>	3
<b>2.- Población Diana</b>	6
<b>3.- Objetivo General.</b>	6
<b>3.1 Objetivos Específicos.</b>	6
<b>4.- Actividades del TS.</b>	7
<b>5.- Metodología.</b>	9
<b>5.1 Criterios de derivación al Trabajador Social.</b>	9
<b>5.2 Procedimientos de derivación al TS.</b>	10
<b>5.3 Coordinación</b>	10
<b>6.- Evaluación.</b>	13
<b>7.- Bibliografía.</b>	14
<b>ANEXOS:</b>	
<b>Anexo I : Hoja de Derivación</b>	18
<b>Anexo II: Genograma.</b>	19
<b>Anexo III: Índices y Escalas.</b>	30
* Índice de Barthel.	31
* Escala de Lawton y Brody.	32
* Cuestionario de Apgar Familiar	33
* Escala de Gijón.	35
* De Rankin Modificada	37
* De Cruz Roja de Incapacidad Física	38
* De Cruz Roja de Incapacidad Mental.	39
* Índice de Katz.	40
<b>Anexo IV: Perfil del cuidador de riesgo (PMAD)</b>	41

## 1) INTRODUCCION.

Tanto los cambios ocurridos en nuestra Comunidad- demográficos, epidemiológicos, sociales y sanitarios- como las previsiones de futuro, indican que son y van a ser demandados socialmente un volumen creciente de servicios domiciliarios, lo que hace inevitable tomar iniciativas que permitan afrontar esta nueva situación.

Si no se mejora la atención a domicilio de estos pacientes, y si se no cuida y apoya a sus cuidadores, la evolución previsible será el aumento de las necesidades de ingresos o multiingresos hospitalarios y/o internamientos en centros residenciales, sabiendo que la institución no es habitualmente el mejor lugar terapéutico, ni la opción más deseada por la mayoría de los pacientes y sus familiares.

Es por ello que, en nuestra Comunidad, al igual que en el resto de España y a nivel internacional, la respuesta del sistema a las necesidades de atención domiciliaria tienden a implementarse como una alternativa muy importante donde se intenta la coordinación socio-sanitaria, priorizándose la atención integral del paciente.

Según la OMS, una tendencia común en las recientes reformas de los sistemas sanitarios a nivel europeo e internacional es el énfasis en modelos de integración en la provisión de servicios como estrategia para superar las deficiencias asociadas a la fragmentación de los servicios y para mejorar la calidad de la atención.

Apoyándose en las tendencias recientes de la IMAD (Iniciativa para la Mejora de la Atención Domiciliaria) en nuestra Comunidad, la Consellería de Sanidad opta por una estrategia basada en:

1. Potenciar y consolidar la prestación domiciliaria de los cinco agentes sanitarios actuales:

- ✓ Los Equipos de Atención Primaria a través del Programa de Atención Domiciliaria (PAD)
  - ✓ Las Unidades Hospitalarias Domiciliarias (UHD).
  - ✓ Los Recursos del Sistema de Urgencias y Emergencias Extrahospitalarias.
  - ✓ Las Unidades de Salud Mental (USM).
  - ✓ Las Unidades Básicas de Rehabilitación.
2. Un ámbito geográfico y un lugar de atención común.
- ✓ El Departamento de Salud.
  - ✓ El Domicilio:
    - Su vivienda habitual y permanente.
    - Su vivienda temporal en domicilios de familiares.
    - La institución Residencial donde habite.

Según el **Real Decreto 1030/2006**, de 15 de Septiembre de 2.006, por el que se establece la cartera de servicios comunes del **Sistema Nacional de Salud**, la atención primaria comprenderá actividades de promoción de la salud, educación sanitaria, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria, mantenimiento y recuperación de la salud, así como rehabilitación física y el trabajo social.

Todas estas actividades, que van dirigidas no sólo al paciente, sino también a sus familiares y a la comunidad, se prestan siempre bajo un enfoque biopsicosocial, por equipos interdisciplinarios con el fin de garantizar la calidad y accesibilidad de las mismas, así como la continuidad entre los diferentes ámbitos de atención en la prestación de servicios sanitarios y la coordinación entre todos los sectores implicados.

Tal como se contempla en el anexo II del mencionado Real Decreto, el Programa de Atención Domiciliaria para pacientes inmovilizados comprende la intervención del trabajador social en los siguientes apartados:

Apartado a) Valoración integral de las necesidades socio-sanitarias del paciente, incluyendo las causas de su inmovilización.

Apartado b) Establecimiento de un plan de cuidados, médicos, de enfermería, y de trabajo social que incluya medidas preventivas, instrucciones para el correcto seguimiento del tratamiento, recomendaciones higiénico-dietéticas, control de los síntomas y cuidados generales, así como la coordinación con los servicios sociales.

Apartado d) Información y asesoramiento a las personas vinculadas al paciente, especialmente el cuidador/a principal.

Por último indicar que este programa está **coordinado** con el programa de **Atención paliativa a enfermos terminales**, con el de **Apoyo a la atención primaria en el alta precoz** o, en su caso, **hospitalización a domicilio**, y con el programa de Mejora de la Atención Domiciliaria, ya que en definitiva lo que se pretende es ubicar al paciente en el mejor lugar terapéutico, y en muchas ocasiones es el domicilio el lugar adecuado para la continuidad de sus cuidados.

El Trabajador social de salud está implicado en todo el proceso de atención integral al paciente inmovilizado, y tal y como se menciona en el **DECRETO 74/ 2007**: "el acceso a otros recursos socio-sanitarios será facilitado y coordinado por los trabajadores sociales como responsables de las funciones de diagnóstico y tratamiento de la problemática social que surge en torno al enfermo y a su familia". ( Artículo 6. Punto 6.7).

Desde el punto de vista del trabajo social en el ámbito sanitario, somos conscientes de la importancia que la intervención social tiene en este programa, con el fin de mantener al paciente inmovilizado, en las mejores condiciones posibles, procurándole a él y a su familia, el soporte social adecuado en cada situación.

Así pues, la intervención del Trabajador social se sustentará en tres pilares básicos:

- A - Desarrollo de **actividades preventivas** y de **promoción de salud**.

- **B - Adecuación y optimización de recursos sociales.**
- **C- Intervenciones sobre el entorno familiar y comunitario**, prestando especial atención a los cuidadores.

Se desarrollará teniendo en cuenta los objetivos y las actividades propuestas en los diferentes niveles asistenciales: **individual, familiar, grupal y comunitario.**

## **2) POBLACIÓN DIANA.**

El presente programa atenderá a aquellos **pacientes** que no pueden desplazarse al centro de atención sanitaria o para los **que su domicilio** es el mejor **lugar terapéutico**, con objeto de mantener o elevar su salud, mejorar su **calidad de vida** o garantizarles una muerte digna, así como atender la salud de sus cuidadores y proporcionarles la capacitación y el apoyo adecuado, para que puedan colaborar eficazmente en la atención del paciente.

También formarán parte de la población diana de este programa, aquellos pacientes que puedan estar institucionalizados y requieran o demanden algún tipo de intervención socio-sanitaria, que no pueda ser atendida desde su centro sanitario.

## **3) OBJETIVO GENERAL.**

“Prestar una atención integral y de calidad, en su medio habitual a los pacientes inmovilizados, fomentándole la capacidad de auto-cuidados, potenciando la capacidad de la persona y de aquellos que lo cuidan y coordinando los recursos sociales necesarios para alcanzar estos fines.” Plan para la Mejora de la Atención Domiciliaria en la Comunidad Valenciana, 2004-2007”

### **3.1 -OBJETIVOS ESPECÍFICOS.**

- 1º.- Identificar y detectar a la población de riesgo social.
- 2º.- Conocer, estudiar y valorar los aspectos socio-familiares, que pueden incidir en la prevención, diagnósticos y tratamiento de la enfermedad.

3º.- Elaborar un diagnóstico social y dar a conocer al equipo el plan de intervención social estableciendo planes conjuntos de actuación.

4º.- Proporcionar apoyo y capacitación a los cuidadores para que puedan ofrecer la mejor atención al paciente mediante una captación y priorización de los cuidadores de riesgo social.

#### **4.) ACTIVIDADES DEL TRABAJADOR SOCIAL**

1. Estudio previo de la población diana y de los recursos existentes en la zona de salud, aportando el diagnóstico social.
2. Captación precoz de la población inmovilizada en la zona de atención para su incorporación al programa a través de:
  - Censo de población.
  - Coordinación con Servicios Sociales de la zona.
  - Coordinación con Hospitales.
  - Coordinación con otras instituciones.
3. Captación de la población inmovilizada en situación de riesgo a través de la detección en las consultas del centro, y/o derivación de otros profesionales tanto de instituciones sanitarias como sociales y civiles.
4. Captación de los cuidadores de riesgo social. ( ver ANEXO IV).
5. Entrevista de acogida para la incorporación del paciente inmovilizado al programa, cumplimentando los datos socio-familiares en su Historia indicando si está incluido en PAD y si es un paciente de riesgo social.
6. Visita a domicilio para valorar la situación individual y familiar, así como las condiciones de habitabilidad de la vivienda, hábitos, higiene, etc. (ver anexo IV sobre cuidados al cuidador)
7. Información y Orientación sobre recursos socio-sanitarios y comunitarios, así como tramitación y derivación si procede:
  - Información y orientación sobre las ayudas para la eliminación de barreras arquitectónicas con el fin de facilitar los cuidados y potenciar la autonomía del paciente.
  - Canalizar y ayudar en la necesidad de material orto-protésico y ayudas técnicas.

- Gestión y derivación a centros residenciales y de día públicos y/o privados.
8. Asesoramiento sobre aspectos legales tales como: los relacionados con las cotizaciones a la Seguridad Social, seguros privados, tutelas, incapacidad judicial, internamientos, acogimientos, derecho de alimentos, incapacidad laboral, etc.
  9. Seguimiento de aquellos pacientes inmovilizados con problemática social identificada.
  10. Apoyo a la familia para facilitar su colaboración en el cuidado y atención del paciente inmovilizado.
  11. Coordinación con instituciones, asociaciones, y/o voluntariado para que colaboren en la atención de estos pacientes cuando carezcan de apoyo familiar o éste resulte insuficiente.
  12. Participar en actividades de Educación para la Salud encaminada a promover hábitos y actitudes saludables tanto para el paciente como para sus cuidadores/ familiares. Fomentar la realización de actividades y el auto cuidado aprovechando al máximo sus capacidades para conseguir el mayor grado posible de autonomía e incrementar su autoestima.
  13. Establecer reuniones periódicas de coordinación interdisciplinar: medico/a-enfermero/a-trabajador/a social, con el fin de unificar criterios y establecer objetivos comunes para supervisar el proceso de intervención.
  14. Coordinación y participación sistematizada con profesionales e instituciones: Centros de Servicios Sociales municipales y especializados, Hospitales de referencia, Asociaciones y ONGs (Parkinson, Alzheimer, cáncer...), Clubes de jubilados, Centros de día, Residencias, CEAMs...
  15. Promoción y Coordinación de grupos sociales con la finalidad de fomentar:
    - Conciencia de grupo, apoyo mutuo, asociaciones.
    - Alternativas de ocio y tiempo libre.
  16. Participación en actividades de formación e investigación del equipo.



17. Registro sistematizado de las actividades.
18. Evaluar los objetivos conseguidos junto con el equipo.

## 5) METODOLOGÍA

### 5.1) CRITERIOS DE DERIVACIÓN:

Serán derivados al trabajador social aquellos pacientes que cumplan, al menos, uno de estos criterios y/o obtengan 10 ó más puntos en la *Escala de Gijón*.

- a) Vivir solo: en la *Escala de Gijón* representado por los puntos 4 y 5 del primer apartado "A- Situación Familiar".
- b) Dependencia completa para la movilidad: Cuando no se superen 20 puntos en la *Escala de Barthel*.
- c) Deterioro cognitivo según *Escala de Pfeiffer*.
- d) Falta de apoyo familiar y/o social; cuando carezca de apoyo o éste exista pero sea insuficiente. Es decir, que no garantice la satisfacción de todas las necesidades derivadas de su estado patológico desde una perspectiva integral: En la *Escala de Gijón* esta relacionado con los puntos 2,3, 4, y 5 del cuarto apartado " D- Relaciones Sociales".
- e) Existencia de conflicto familiar: su origen y repercusión son multifactoriales. Pueden gestarse por la no aceptación del paciente, por las diferentes patologías crónicas e invalidantes que requieren mayor esfuerzo y adiestramiento, porque suponen una carga económica o porque su presencia es considerada como desequilibrante para el funcionamiento familiar. ( *Escala de Apgar*- Puntuación: 0-3= Disfunción grave. Familias Disfuncionales).
- f) Que se produzca Sobrecarga del cuidador principal. ( *Escala de Zarit*). Puntuación > 55: Sobrecarga intensa).
- g) Vivienda deficiente: cuando las condiciones internas y externas de la vivienda sean insalubres. Relacionado en la *Escala de Gijón* con los puntos 2,3,4 y 5 del punto tercero "C- Vivienda".
- h) Bajos recursos económicos: este criterio está directamente ligado al apartado " Situación Económica" de la *Escala de Gijón*. Por ello cuando en él se haya señalado su punto tercero "LISMI- FAS- PENSION NO

CONTRIBUTIVA" o quinto " Sin ingresos o inferiores al apartado anterior", se debe señalar este criterio de derivación.

- i) Vive en zona aislada o con problemas de accesibilidad: dificultad de acceso a los recursos socio-sanitarios y a los servicios en general por estar en zona aislada o por tener dificultad de desplazamiento a los mismos.
- j) Sospecha de malos tratos.
- k) Analfabetismo o incumplimiento del tratamiento prescrito por los facultativos.
- l) Falta de higiene personal o en la vivienda.

## 5.2) PROCEDIMIENTOS DE DERIVACION AL TRABAJADOR/A SOCIAL:

### a) Derivado por profesionales de los equipos de salud:

Se utilizaran los siguientes instrumentos para la misma:

- Cita programada en la Agenda del Trabajador Social (utilizando SIA para la derivación entre Servicios Sanitarios).
- Telefónicamente en casos de problemática grave y dejando el registro de la comunicación en Programa informático SIA.
- A través de reuniones de coordinación y seguimiento.

### b) Derivación por el resto de recursos de la comunidad:

En el caso de derivación por otros servicios se realizará por medio de informe de derivación:

- Fax.
- Correo electrónico.
- Telefónicamente.
- a través de reuniones de coordinación y seguimiento

## 5.3.- COORDINACION:

La coordinación socio-sanitaria promueve la aplicación y ejecución de criterios comunes entre instituciones, servicios y profesionales que actúan en el mismo ámbito comunitario, con el fin de:

1.- Atender a la población inmovilizada de forma integral e integrada (a nivel individual y/o familiar), facilitándosele la accesibilidad a los diferentes servicios,

recursos sociales y programas que mejoren su calidad de vida, en concreto facilitarles el acceso a los siguientes recursos sociales:

- Servicio de ayuda a domicilio.
- Programa “Menjar a casa”
- Programa “Mayor en casa”.
- Teleasistencia.
- Talleres de información y formación para los cuidadores principales. (ámbito municipal).
- Voluntariado y asociaciones.
- Pensiones, prestaciones económicas individualizadas:
  - Ayudas de Emergencia.
  - Ayudas de Desarrollo Personal para Discapacitados y tercera edad.
- Ayuda Económica para el Cuidado de Ancianos desde el ámbito familiar.
- Solicitud del grado de minusvalía.
- Solicitud Valoración del grado y nivel de Dependencia.
- Cuando se produzca claudicación temporal del cuidador principal:
  - Solicitud para estancia temporal en Residencia Temporal.( Según el caso, de Menores, Mujeres, Discapacitados físicos, psíquicos, enfermos mentales y/o tercera edad).
- Cuando se produzca claudicación definitiva o ausencia del cuidador principal e imposibilidad de continuar en el domicilio:
  - Solicitud para acceso a Residencias Públicas de Estancia Permanente y si procede solicitud de ayudas económicas para financiar estancias en Residencias Privadas hasta concesión plaza pública.

2.- Para la gestión y tramitación de los anteriores recursos y programas es fundamental la coordinación con los trabajadores sociales municipales y de atención especializada, ya que esto nos permitirá evitar la duplicidad de acciones. Para ello es necesario establecer reuniones de coordinación con los servicios sociales con el fin de:

- Delimitar competencias y establecer protocolos para captación, intervención y seguimientos de los casos de mayor riesgo social.
- Elaborar un censo de población con los beneficiarios del SAD y del PAD, para realizar seguimiento conjunto y priorizar la intervención social de los casos de riesgo social más graves.

3.- Conocer las necesidades reales y las necesidades sentidas por la comunidad y en concreto por la familia y el propio inmovilizado.

4.- Optimizar los recursos existentes y promover la creación de los necesarios.

Para llevar a cabo estos objetivos se requiere la elaboración de un circuito de intervenciones coordinadas como instrumento de trabajo, que contemple al paciente inmovilizado y al cuidador principal como ejes centrales de toda la intervención.

Desde el ámbito sanitario, el trabajador social le informará y, en su caso, le tramitará el acceso a los siguientes programas y prestaciones Sanitarias:

- Información para solicitar Prestaciones Ortopróticas de la Consellería de Sanidad.

*Ver Guía de actuaciones de los trabajadores sociales en relación a la Tramitación de la Tarjeta Sanitaria SIP y a la Protección de Datos en el SIP*

- Tarjeta Sanitarias para personas sin recursos:

*Ver Guía de actuaciones de los trabajadores sociales en relación a la Tramitación de la Tarjeta Sanitaria SIP y a la Protección de Datos en el SIP*

- Reintegro de gastos por traslado y dietas.
- Programa para financiar la asistencia farmacéutica y ortoprotésica gratuita a discapacitados.
- Tramitación sillas de ruedas eléctricas.

## 6) EVALUACION

Nos permite conocer la utilidad de las actuaciones realizadas. Pretende valorar si la intervención social que se realiza tiene un impacto específico en el

nivel de bienestar de la población, y si algunas actividades son más específicas que otras.

- Diagnósticos establecidos.
- Procedimientos realizados.
- Número de procedimientos no llevados a cabo.

Consideramos como indicadores de evaluación dentro del programa de atención domiciliaria, los siguientes:

- ✓ Número de pacientes con problemática social captados e incluidos en el programa de atención domiciliaria.
- ✓ Número de cuidadores de riesgo social incluidos en el programa de atención domiciliaria.
- ✓ Procedencia de la demanda.
- ✓ Motivo de consulta.
- ✓ Necesidad social detectada.
- ✓ Número de contactos realizados.
- ✓ Número de pacientes con escalas de valoración realizada
- ✓ Número de recursos propuestos.

## 7) BIBLIOGRAFIA.

- Atención Domiciliaria. Organización y práctica. Edita: Springer-Verlag. Barcelona. 1999.

- Bimbela Pedrosa, J.L. E.A.S.P. “Cuidando al cuidador”. Counseling para profesionales de la salud.
- Catálogos del Sistema de Información Económica. Catálogo de Procedimientos del Hospital a Domicilio. Generalitat Valenciana. Consellería de Sanitat.2005
- Comisión para el desarrollo de la atención enfermera en el S.A.S. Junta de Andalucía.
- Contel Segura, J.C., Gené Gandia, J. y Pepa Gascons, M. “Atención Domiciliaria. Organización y práctica”. Edita Sprintes-Verlag Ibérica. Barcelona. 1999.
- Curso Básico de Formación en Atención Socio-sanitaria para trabajadores sociales” Edición Valencia. Celebrado en la EVES del 21 al 31 de Octubre de 2002.
- Decreto 74/2007, de 18 de mayo, del Consell, por el que se aprueba el Reglamento sobre estructura, organización y funcionamiento de la atención sanitaria en la Comunidad Valenciana.
- “Encuentro sobre la Coordinación Socio-sanitaria desde la perspectiva del Trabajo social”. Conselleria de Bienestar social y consellería de sanidad, 6 y 7 de Junio de 2002.
- Escalas e instrumentos para la valoración en Atención Domiciliaria. Edita. Conselleria de Sanidad. 2004.
- García Caliente MM. Mateo Rodríguez L. “Relación entre los sistemas: las cuidadoras informales y los servicios sanitarios y sociales”
- Guía de actuación del trabajador de atención primaria con personas mayores. Elaborado por Trabajadoras Sociales de Atención Primaria de Valencia. 2006.
- IMAD. GEM de valoración del Cuidador principal de la IMAD. M<sup>a</sup> Ángeles Celada Pérez. Trabajadora Social. Conselleria de Sanidad. Plan de Salud . 2002
- K. Eia Asen & Peter Tomson. INTERVENCIÓN FAMILIAR guía práctica para los profesionales de la salud. Ed. Paidós. Barcelona: 1997.
- Manual d’Atenció Domiciliària. Societat Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria. 2003.

- M. McGoldrick y R. Gerson. "GENOGRAMAS EN LA EVALUACION FAMILIAR" Ed.Gedisa.
- Plan para la Mejora de la Atención Domiciliaria en la Comunidad Valenciana 2004-2007. Edita: Conselleria de Sanidad. 2004.
- Plan de Salud de la Comunidad Valenciana 2005-2009. Edita. Conselleria de Sanidad. 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 paciente oculto? Atención Primaria Vol. 16 Núm. 4, 15 Septiembre. 1995.
- Programa PALET, Generalitat Valenciana, Conselleria de Sanidad. 1998.
- Protocolo de Coordinación de Mayores. Elaborado por las Trabajadoras Sociales de Valencia. Presentado en el II Encuentro sobre la coordinación socio-sanitaria desde la perspectiva del Trabajo Social. Alicante 11 y 12 de Noviembre del 2004.
- Real Decreto 1030/2006, de 15 de Septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.
- Revista AGATHOS. Atención Socio sanitaria y Bienestar.. Artículo nº 4: "La dimensión social de las Unidades de Hospitalización Domiciliaria de la Comunidad Valenciana". Eva Ortiz Forcadell. Septiembre 2004.
- Sobrecarga y desgaste profesional del cuidador. Postgraduate Medicine Vol. 9, nº 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. Centuria Aráosla, Francisco J. Leturia Aráosla, M. "Apoyo Informal y cuidado de las Personas Mayores Dependientes". Papeles del Psicólogo. EPOCA III-, nº 76, pp. 23-32. 2000.





## ANEXOS

## ANEXO I

### INFORME SOCIAL DE DERIVACION

**EMITIDO POR:**

**FECHA:**

**DIRIGIDO A:**

#### 1.- DATOS IDENTIFICACION DEL USUARIO:

Nombre y Apellidos:

Domicilio:

Teléfono:

#### 2.- COMPOSICION FAMILIAR:

#### 3.- SITUACION SOCIO-ECONOMICA:

#### 4.- SITUACION VIVIENDA:

#### 5.- SITUACION SANITARIA:

#### 6.- VALORACION Y PROPUESTA:

Fdo:

## ANEXO II

### GENOGRAMA FAMILIAR

Apuntes: INTRODUCCIÓN A LA SISTÉMICA Y TERAPIA FAMILIAR. Profesor: Luis Cibanal.

#### 1 DEFINICIÓN Y ASPECTOS GENERALES

#### 2 ELABORACIÓN DEL GENOGRAMA:

- A. ESTRUCTURA: Símbolos para describir la estructura y los miembros de la familia.
- B. INFORMACIÓN: Registro de los datos más significativos.
- C. RELACIONES: Símbolos para describir las pautas de interacción familiar.

#### 3. INTERPRETACIÓN. Categorías:

- A. Composición del hogar
- B. Constelación fraterna
- C. Configuraciones familiares inusuales
- D. Adaptación al ciclo vital
- E. Repetición de pautas a través de las generaciones
- F. Sucesos de la vida y funcionamiento familiar

#### 1. DEFINICIÓN Y ASPECTOS GENERALES.

El GENOGRAMA es una representación gráfica de una constelación familiar multi-generacional (por lo menos tres generaciones), que registra información sobre los miembros de esa familia y sus relaciones. Su estructura en forma de árbol proporciona una rápida "gestalt " de las complejas relaciones familiares y es una rica fuente de hipótesis sobre cómo un problema clínico puede estar relacionado con el contexto familiar y su evolución a través del tiempo.

Por lo general el genograma se construye durante la primera sesión y luego se lo revisa a medida que se obtiene más información. El genograma ayuda al terapeuta y a la familia a ver un "cuadro mayor", tanto desde el punto de vista histórico como del actual: es decir, que la información sobre una familia que aparece en el genograma puede interpretarse en forma horizontal a través del contexto familiar y vertical a través de las generaciones.

El genograma incluye por lo menos a tres generaciones de familiares así como también sucesos nodales y críticos en la historia de la familia, en particular los relacionados con el "ciclo vital".

Aunque los teóricos de la terapia familiar estructural y estratégica (Minuchin, Haley, etc.) no utilizaron genogramas en sus enfoques, prefiriendo concentrarse en las relaciones emocionales de la familia inmediata, sin embargo, están interesados en las estructuras jerárquicas, en especial en las coaliciones donde se cruzan los límites generacionales.

Las familias se repiten a sí mismas. Lo que sucede en una generación a menudo se repetirá en la siguiente, es decir, las mismas cuestiones tienden a aparecer de generación en generación, a pesar de que la conducta pueda tomar una variedad de formas. Bowen lo denomina transmisión multigeneracional de pautas familiares.

La hipótesis es que "las pautas vincularas en generaciones previas pueden suministrar modelos implícitos para el funcionamiento familiar en la siguiente generación". En el genograma, buscamos estas pautas que continúan o se alternan de una generación a la otra.

Carter considera que el "flujo de ansiedad" en un sistema familiar se da tanto en la dimensión vertical como en la horizontal. El flujo "vertical deriva de pautas funcionamiento que se transmiten históricamente de una generación a otra, en especial a través del proceso del triángulo emocional. El flujo de ansiedad "horizontal" surge de las tensiones actuales que pesan sobre la familia a medida que avanza a través del tiempo soportando los cambios inevitables, las desgracias y las transiciones en el ciclo de vida familiar. Con la tensión suficiente en este eje horizontal, cualquier familia experimentará disfunción. Además, las tensiones en el eje vertical pueden crear nuevos problemas de modo tal que hasta una pequeña tensión horizontal puede tener serias

repercusiones en el sistema. Por ejemplo, si una mujer tiene muchas cuestiones sin resolver con su propio padre (ansiedad vertical), le puede resultar difícil tratar las dificultades normales en la relación de pareja con su propio esposo (ansiedad horizontal). El genograma ayuda al terapeuta a rastrear el flujo de ansiedad a través de las generaciones y del contexto familiar actual.

## 2. ELABORACION DEL GENOGRAMA FAMILIAR

Elaborar un genograma supone tres niveles:

- A. Trazado de la ESTRUCTURA familiar
- B. REGISTRO de la información sobre la familia.
- C. Descripción de las RELACIONES familiares.

### A. Trazado de la estructura familiar

La base del genograma es la descripción gráfica de cómo diferentes miembros de una familia están biológica y legalmente ligados entre sí de una generación a otra. Este trazado es la construcción de figuras que representan personas y líneas que describen sus relaciones.

A continuación detallaremos los respectivos símbolos que se utilizan para la construcción de los genogramas.

- 1) Cada miembro está representado por un cuadro o un círculo según sea varón o mujer.
- 2) El "paciente identificado" viene representado con doble línea en el cuadrado o círculo.
- 3) Para una persona fallecida se coloca una "X" dentro del cuadrado o círculo. Las figuras en el pasado distante (más allá de tres generaciones), no se marcan ya que están presumiblemente muertas.
- 4) Los embarazos, abortos y partos de un feto muerto se indican por los siguientes símbolos.

**Embarazo muerto: Triangulo**

Parto de un feto: Cuadro con una cruz en su interior

Aborto espontáneo: Circulo negro

Aborto provocado: Cruz

5) Las relaciones biológicas y legales entre los miembros de la familias representan por líneas que conectan a dichos miembros.

6) Si una pareja viven juntos pero no están casados se utiliza una línea de puntos.

7) Las barras inclinadas significan una interrupción del matrimonio: una barra para la separación y dos para el divorcio.

8) Los matrimonios múltiples pueden representarse de la siguiente manera.

UN MARIDO CON VARIAS ESPOSAS: Se une el actual matrimonio con una línea recta y los anteriores con una línea que tangencialmente es cortada por otras dos.

CADA CONYUGE TUVO VARIOS CONSORTES: Se une el actualmente matrimonio con una línea recta y los anteriores matrimonios se unen con líneas rectas que tangencialmente son cortadas por otras dos.

9) Si una pareja tiene varios hijos, la figura de cada hijo se coloca conectada a la línea que une a la pareja. Los hijos se van situando de izquierda a derecha desde el mayor al más joven.

10) Se utiliza una línea de puntos para conectar un niño adoptado a la línea de los padres.

11) Los hijos mellizos se representan por la conexión de dos líneas convergentes a la línea de los padres; si son monocigóticos (idénticos) éstos a su vez están conectados por una barra.

12) Para indicar los miembros de la familia que viven en el hogar inmediato, se utiliza una línea punteada para englobar a los miembros que convenga.

## **B. Registro de la información sobre la familia**

Una vez que se ha trazado la estructura familiar podemos comenzar a agregar información sobre la familia:

a) Información demográfica:

Incluye edades, fechas de los nacimientos y muertes, ocupaciones y nivel cultural. Se ponen en el interior del círculo (mujeres) o cuadrado (hombres) la edad. Si han fallecido además se cruzaran interiormente con una cruz.

b) Información sobre el funcionamiento:

La información funcional incluye datos más o menos objetivos sobre el funcionamiento médico, emocional y de comportamiento de distintos miembros de la familia. La información recogida sobre cada persona se sitúa junto a su símbolo en el genograma.

c) Sucesos familiares críticos:

Incluyen cambios de relaciones, migraciones, fracasos, y éxitos. Estos dan un sentido de continuidad histórica de la familia. Los hechos críticos de la vida están registrados en el margen del genograma o, si fuera necesario, en una hoja separada.

### C. Descripción de las relaciones familiares.

El tercer nivel en la construcción del genograma comprende el trazado de las relaciones entre los miembros de una familia. Dichas descripciones están basadas en el informe de los miembros de la familia y en observaciones directas. Se utilizan distintos tipos de líneas para simbolizar los diferentes tipos de relaciones entre dos miembros de la familia.

Como las pautas vinculares pueden ser bastantes complejas, resulta a menudo útil representarlas en un genograma aparte.

A continuación exponemos la representación gráfica de distintos tipos de relaciones:

FUSIONADOS: Tres líneas paralelas.

UNIDOS: Dos líneas paralelas.

DISTANTES: Una línea.

APARTADOS: Una línea cortada tangencialmente por otra línea.

CONFLICTIVOS: Una línea quebrada que une a los dos individuos.

FUSIONADOS CONFLICTIVOS: Tres líneas paralelas que en su interior contiene una línea quebrada.

### **3. INTERPRETACIÓN DEL GENOGRAMA.**

Para seguir unos criterios metodológicos vamos a establecer varias categorías que nos sirvan de pauta para la interpretación de un genograma. Aunque se presenten por separado, las categorías suelen superponerse unas con otras.

#### **A. Composición del hogar:**

Un vistazo a la estructura del genograma suele mostrar la composición de la familia, es decir, si es una familia nuclear intacta, una familia con uno de los padres solamente, una familia que volvió a casarse, una familia de tres, etc.

#### **B. Constelación fraterna:**

La posición fraterna puede tener una particular importancia para la posición emocional de una persona dentro de la familia de origen y en las futuras relaciones con su cónyuge e hijos. A menudo, los hijos mayores sienten que son especiales y en particular responsables de mantener el bienestar de la familia o de continuar con la tradición familiar. Del hijo mayor siempre se esperan grandes cosas.

Al hijo menor quizá se le trate como al "bebé" de la familia y puede estar acostumbrado a que otros se ocupen de él. Los más jóvenes pueden sentirse más libres y menos cargados con la responsabilidad familiar.

No es sorprendente que los hijos únicos tienden a ser más independientes desde el punto de vista social y menos orientados hacia las relaciones con sus iguales. Los hijos únicos tienen características mezcladas tanto de los hijos mayores como de los menores, aunque haya predominio de las primeras como resultado de ser el único centro de atención de los padres.



Es común que los hijos del medio muestren características ya sea de hijo mayor, de hijo menor o de ambos combinadas. Con frecuencia, un hijo del medio, a menos que él o ella sea el único varón o la única mujer, debe luchar para obtener un rol en la familia. Un niño así puede escapar de las intensidades dirigidas al mayor o al menor, pero también deberá luchar para que lo tomen en cuenta.

La posición fraterna puede predecir algunas dificultades maritales. Por ejemplo, Tolman predice que aquellos, que contraen matrimonio con un cónyuge de la misma posición fraterna tendrán más dificultades en adaptarse al matrimonio. Sostiene que para las parejas que provienen de posiciones fraternas complementarias, el matrimonio será más fácil porque todo sigue siendo igual (el matrimonio repite su constelación de hermanos).

El género es otro factor importante en la interpretación de las configuraciones de la constelación fraterna en un genograma. Por ejemplo, un chico con todas hermanas tendrá mucha experiencia con las niñas pero muy poca con los varones y viceversa. Dichas experiencias (o la falta de ellas) con el sexo opuesto pueden afectar también la compatibilidad marital.

Otro factor para comprender las constelaciones familiares es la diferencia de edad entre hermanos. Una regla práctica es que cuanto mayor es la diferencia de edades, menor es la experiencia de hermanos que posiblemente hayan tenido. Por lo general, los hermanos con una diferencia de edad mayor de seis años son más hijos únicos que hermanos, ya que han pasado las etapas del desarrollo por separado.

Es importante no tomar las hipótesis sobre la constelación fraterna en forma demasiado literal. La investigación empírica en este terreno no es concluyente porque existen muchos otros factores que pueden modificar o moderar la influencia de la constelación fraterna. Sin embargo, tener conocimiento de la constelación fraterna puede proporcionar, desde el punto de vista clínico, explicaciones normalizadoras útiles sobre los roles de las personas en su familia.

Otros factores que pueden influir modificando el rol de la constelación familiar son: el momento del nacimiento de cada hermano en la historia familiar; las características especiales del niño; el "programa" familiar para el niño; las actitudes e inclinaciones

parentales sobre las diferencias sexuales: la posición fraterna del hijo con respecto a la del padre.

### **C. Configuraciones familiares inusuales:**

Al estudiar el genograma, a veces ciertas configuraciones estructurales "saltan a la vista", sugiriendo temas o problemas críticos para la familia.

A modo de ejemplo, se puede observar:

- multitud de separaciones y/o divorcios
- preponderancia de mujeres profesionales de éxito: artistas, científicos, políticos, etc.
- frecuencia en adoptar hijos
- las mujeres por línea paterna están solteras
- hermanos de una familia contraen matrimonio con hermanas de otra familia
- reiteración en la elección de un tipo de profesión: maestros, médicos, comerciantes, etc.

### **D. Adaptación al ciclo vital:**

Esta categoría implica la comprensión de las transiciones del ciclo vital a las cuales se está adaptando una familia. El ajuste de edades y fechas en un genograma nos permite ver si los sucesos del ciclo vital se dan dentro de las expectativas normalizadas. De no ser así, se puede seguir investigando las posibles dificultades al manejar esa fase vital del ciclo evolutivo de la familia.

Por lo tanto, es importante observar en el genograma aquellas edades que difieran mucho de la norma para su fase del ciclo vital. Las fechas de nacimientos, muertes, abandono del hogar, de casamiento, separación y divorcio que aparecen en el genograma son muy útiles a este respecto. Por ejemplo el hecho de que tres hijos en una familia se casaron por primera vez pasados los cincuenta años podría indicar algunos problemas para dejar el hogar y formar relaciones íntimas. Puede ser significativo explorar los motivos de elección en una pareja con una marcada diferencia

de edad: él 25 años y ella 48, por ejemplo. Una mujer que tiene su primer Hijo a los 43 años, un hombre que se convierte en padre a los 70 años, o una familia donde todas las hijas, ya adultas, permanecen solteras y en el hogar, todo esto sugiere sistemas donde las desviaciones en el patrón normativo del ciclo vital merecen un mayor estudio.

### **E. Repetición de pautas a través de las generaciones:**

Dado que las pautas familiares pueden transmitirse de generación en generación, el terapeuta debe estudiar el genograma para tratar de descubrir pautas que se hayan ido repitiendo a través de las generaciones.

El funcionamiento de los miembros de una familia puede repetirse a través de las generaciones. En dichos casos, un estilo particular de funcionamiento (ya sea de adaptación o inadaptación) o de la forma de tratar un problema pasa de una generación a otra. Esta transmisión no necesariamente se da en la siguiente generación un padre alcohólico puede tener hijos abstemios y los hijos de éstos pueden convertirse en alcohólicos.

A menudo, el problema que presenta la familia habrá ocurrido en generaciones previas. Varias pautas sintomáticas, tales como alcoholismo, incesto, síntomas físicos, violencia y suicidio tienden a repetirse en las familias de una generación a otra. También se pueden identificar pautas multigeneracionales de éxito o de fracaso. A veces ocurre que una generación presenta una pauta de funcionamiento de éxito y la siguiente de un notable fracaso.

Al notar la repetición de pautas, el terapeuta podrá comprender mejor la adaptación actual de la familia a la situación y así sugerir intervenciones para frustrar el proceso.

Las pautas vinculadas de proximidad, distancia, conflicto, etc. también pueden repetirse de una generación a otra. Un ejemplo de dicha repetición sería una familia donde la madre y el hijo mayor en cada generación poseen una alianza especial mientras que el padre y dicho hijo mantienen una relación conflictiva negativa.

El sistema humano más pequeño es un sistema de dos personas. Los genogramas se pueden analizar en términos de relaciones de pares (diadas), con líneas vincularas de unión, fusión, distancia, separación, etc. Sin embargo, también podemos considerar el

sistema familiar como un grupo de "triángulos" entrelazados. Así, por ejemplos el distanciamiento del padre respecto de la madre es una función de su intimidad con su hija y del conflicto de la madre con la misma.

Comprender las pautas triangulares en una familia resulta esencial para el planeamiento de la intervención clínica. La "destriangularización" es un importante proceso clínico a través del cual se les ayuda a los miembros de una familia a liberarse de rígidas pautas triangulares.

Es común que las pautas familiares de "funcionamiento" y de "relación" se intensifiquen cuando una estructura se repite de una generación a la otra. Cuando buscamos una repetición en el funcionamiento y las relaciones, también buscamos la repetición de la estructura familiar. Por ejemplo, una madre que es la menor de tres hermanas es probable que se identifique con su hija menor si ella también tiene tres hijas.

#### **F. Sucesos de la vida y funcionamiento familiar:**

Esta categoría comprende el entendimiento de cómo los sucesos de la vida están interconectados con los cambios en el funcionamiento familiar. A menudo, sucesos al parecer desconectados que se dan alrededor de la misma época de la historia familiar están relacionados sistemáticamente y tienen un profundo impacto sobre el funcionamiento de la familia.

Los cambios, transiciones y traumas críticos de la vida pueden tener un impacto dramático sobre un sistema familiar y sus miembros. Hay que prestar particular atención al impacto de las pérdidas, ya que es más probable que una familia tenga dificultades para reajustarse después de una pérdida que de cualquier otro cambio en la familia.

El estudio del impacto de los hechos familiares debe darse dentro del contexto de las expectativas normalizadas. Se debe considerar la estructura familiar pero también las edades en el momento del hecho. Así, el cómo se ven afectados los hijos por un suceso crítico tal como la muerte de uno de los padres depende de su nivel de desarrollo emocional y cognoscitivo, ya que un hijo mayor tendrá una experiencia distinta de la de un hijo menor.

Un hecho en particular traumático para una familia es la muerte de un niño pequeño. Al estudiar los genogramas de personas famosas, se observa que muchas de ellas habían nacido un poco antes o después de la muerte de un hermano: a veces la muerte de un hijo hace que el hijo sobreviviente sea más "especial" para los padres.

Un suceso "bueno" también puede tener un poderoso impacto sobre la familia. En muchas familias, la fama de un individuo tiene profundas repercusiones para los otros miembros de la familia; a menudo, los hijos de la siguiente generación tienen un difícil legado: "una tarea dura a seguir". Ciertas "coincidencias" de hechos pueden comprenderse como "reacciones de aniversario"; es decir, los miembros de una familia reaccionan ante el hecho de que la fecha es el aniversario de algún suceso crítico o traumático. Por ejemplo, un miembro de una familia puede deprimirse para la misma época del año alrededor de la fecha cuando murió uno de sus padres o un hermano, a pesar de que a menudo esa persona no realiza una conexión consciente. Es importante relacionar los sucesos familiares que aparecen en el genograma con el contexto social, económico y político en el cual ocurren. Un suceso que tiene gran impacto sobre una familia es la emigración. Una familia que emigra en medio de los años en que la madre se dedica a tener hijos puede tener dos grupos diferentes de hijos: aquellos que nacieron antes y los que nacen después de la emigración.

## **ANEXO III**

# **INDICES Y ESCALAS**

## INDICE DE BARTHEL

### (ESCALA DE ACTIVIDADES BASICAS DE LA VIDA DIARIA)

<b>PREGUNTA 1 Comer</b>	<b>RESPUESTA Ptos.</b>
OPCIONES	Valor
1 Independiente. Usa instrumentos necesarios y come en tiempo razonable	10
2 Necesita ayuda para cortar la carne o el pan, extender mantequilla, etc	5
3 Dependiente	0
 <b>PREGUNTA 2 Lavarse (Baño)</b>	 <b>RESPUESTA Ptos.</b>
OPCIONES	Valor
1 Independiente. Capaz de lavarse entero. Entra y sale solo del baño. Puede hacerlo sin otra persona presente	5
2 Dependiente	0
 <b>PREGUNTA 3 Vestirse</b>	 <b>RESPUESTA</b>
<b>Ptos.</b>	<b>Valor</b>
OPCIONES	Valor
1 Independiente. Capaz de ponerse y quitarse ropa, atarse zapatos, abotonarse y colocarse complementos sin ayuda.	10
2 Necesita ayuda pero realiza solo al menos la mitad de la tarea en un tiempo razonable	5
3 Dependiente	0
 <b>PREGUNTA 4 Arreglarse (aseo)</b>	 <b>RESPUESTA Ptos.</b>
OPCIONES	Valor
1 Independiente. Incluye lavarse la cara y las manos, peinarse, maquillarse, afeitarse y limpiarse los dientes	5
2 Dependiente	0
 <b>PREGUNTA 5 Deposición (Valorar la semana previa)</b>	 <b>RESPUESTA Ptos.</b>
OPCIONES	Valor
1 Continente. Ningún episodio de incontinencia. Si necesita enema o supositorio se lo administra él mismo.	10
2 Ocasional. Un episodio de incontinencia. Necesita ayuda para suministrarse enema o supositorio	5
3 Incontinente	0
 <b>PREGUNTA 6 Micción (Valorar la semana previa)</b>	 <b>RESPUESTA Ptos.</b>
OPCIONES	Valor
1 Continente. Ningún episodio de incontinencia. Si necesita sonda o colector es capaz de atenderse solo.	10
2 Ocasional. Máximo un episodio de incontinencia en 24 horas. Necesita ayuda en el cuidado de la sonda o colector.	5
3 Incontinente.	0
 <b>PREGUNTA 7 Usar el retrete</b>	 <b>RESPUESTA Ptos.</b>
OPCIONES	Valor
1 Independiente. Usa retrete sin ayuda ni mancha. En el retrete se quita y pone la ropa Sentarse y levantarse sin ayuda,	10
2 Necesita ayuda pequeña para mantener el equilibrio, quitar- ponerse la ropa, pero se limpia solo.	5
3 Dependiente.	0

<b>PREGUNTA 8 Trasladarse (sillón/cama)</b>	<b>RESPUESTA Ptos.</b>
OPCIONES	Valor
1 Independiente.	15
2 Mínima ayuda física o supervisión verbal.	10
3 Gran ayuda (persona fuerte o entrenada). Es capaz de permanecer sentado sin ayuda	5
4 Dependiente. Necesita grúa o ayuda de dos personas; no permanece sentado	0

<b>PREGUNTA 9 Deambulaci3n</b>	<b>RESPUESTA Ptos.</b>
OPCIONES	Valor
1 Independiente. Camina solo 50m, ayuda de bast3n, muletas, andador sin ruedas La pr3tesis se la quita y se la pone.	15
2 Necesita ayuda f3sica o supervisi3n para andar 50m.	10
3 Independiente en silla de ruedas sin ayuda ni supervisi3n.	5
4 Dependiente.	0

<b>PREGUNTA 10 Escalones</b>	<b>RESPUESTA Ptos.</b>
OPCIONES	Valor
1 Independiente para subir o bajar un piso sin supervisi3n ni ayuda de otra persona	10
2 Necesita ayuda f3sica de otra persona o supervisi3n.	5
3 Dependiente	0

**Puntuaci3n total** **Ptos.**

**Interpretaci3n Grado de Dependencia:**

M3xima puntuaci3n: 100 puntos (90 en el caso de ir con silla de ruedas)

**Dependencia Total:  $\leq 20$**

**Dependiente Grave: 20 - 40**

**Dependiente Moderado: 45-55**

**Dependiente Leve:  $\geq 60$**



## ESCALA DE LAWTON Y BRODY

### ESCALA DE ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA

		VARON	MUJER
<b>Capacidad para usar el teléfono</b>	Utiliza el teléfono por iniciativa propia	1	1
	Es capaz de marcar bien algunos números familiares	1	1
	Es capaz de contestar al teléfono, pero no de marcar	1	1
	No utiliza el teléfono	0	0
<b>Compras</b>	Realiza independientemente las compras necesarias	1	1
	Realiza independientemente pequeñas compras	0	0
	Necesita ir acompañado para realizar cualquier compra	0	0
	Totalmente incapaz de comprar	0	0
<b>Preparación de la comida</b>	Organiza, prepara, y sirve por sí solo adecuadamente		
	Prepara adecuadamente comida si se le proporcionan los ingredientes	0	
	Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada	0	
	Necesita que le preparen y sirvan las comidas	0	
<b>Cuidado de la casa</b>	Mantiene solo la casa o con ayuda ocasional para trabajos pesados		
	Realiza tareas ligeras, como lavar platos o hacer las camas	1	
	Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza	1	
	Necesita ayuda en todas las labores de la casa	1	
	No participa en ninguna labor de la casa	0	
<b>Lavado de ropa</b>	Lava por sí solo toda su ropa		
	Lava por sí solo prendas pequeñas	1	
	Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otra persona	0	
<b>Uso de medios de transporte</b>	Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche	1	1
	Viaja en transporte público, cuando va acompañado de otra persona	1	1
	Es capaz de tomar un taxi, pero no usa otro medio de transporte	1	1
	Utiliza el taxi o el automóvil, pero solo con ayuda de otros	0	0
	No viaja en absoluto	0	0
<b>Responsabilidad respecto a su medicación</b>	Es capaz de tomar su medicación a la hora y dosis correctas	1	1
	Toma su medicación si la dosis está previamente preparada	0	0
	No es capaz de administrarse su medicación	0	0
<b>Manejo de Asuntos económicos</b>	Se encarga de sus asuntos económicos por sí solo	1	1
	Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras y bancos	1	1
	Incapaz de manejar dinero	0	0

**TOTAL PUNTOS**

#### Interpretación:

##### Mujeres

Dependencia: 0-1 Total, 2-3 Grave, 4-5 Moderada, 6-7 Leve, 8 Autónoma.

##### Hombres

Dependencia: 0 Total, 1 Grave, 2-3 Moderada, 4 Leve, 5 Autónomo.

## APGAR FAMILIAR

### (VALORACIÓN FUNCIONAMIENTO FAMILIAR)

**Indicación:** Cuestionario para explorar el impacto de la función familiar en la salud de sus miembros y para conocer hasta qué punto la familia y su comportamiento como tal frente a la salud y a la atención sanitaria puede considerarse un recurso para sus miembros, o si por el contrario, influye empeorando la situación.

	Casi nunca	A veces	Casi siempre
1.- ¿ Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?	0	1	2
2.- ¿ Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa?	0	1	2
3.- ¿ Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa?	0	1	2
4.- ¿ Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa?	0	1	2
5.- ¿ Siente que su familia le quiere?	0	1	2
		TOTAL	

**Interpretación:**

- **Normofuncionales** de 7 - 10 puntos
- **Disfunción leve** de 4 - 6 puntos
- **Disfunción grave** de 0 - 3 puntos

## ESCALA DE GIJÓN

### (RIESGO SOCIAL)

**Indicación:** Valoración inicial sociofamiliar en el anciano para la detección de riesgo social.

<b>PREGUNTA 1 Situación Familiar</b>	<b>RESPUESTA</b>	<b>Total Ptos</b>
OPCIONES		Valor
1 Vive con hijos		1
2 Vive con la pareja de similitud edad		2
3 Vive con otros familiares o amigos		3
4 Vive solo pero tiene hijos próximos		4
5 Vive solo, carece hijos o viven alejados		5

<b>PREGUNTA 2 Vivienda</b>	<b>RESPUESTA</b>	<b>Total Ptos</b>
OPCIONES		Valor
1 Adecuada (luz, agua, calefacción, aseo, teléfono, ascensor)		1
2 Equipamiento inadecuado (carece de uno de los anteriores)		2
3 Barreras arquitectónicas		3
4 Vivienda inadecuada (carece de dos o mas de los anteriores)		4
5 No tiene casa (ausencia de vivienda)		5

<b>PREGUNTA 3 Relaciones y contactos sociales</b>	<b>RESPUESTA</b>	<b>Total Ptos</b>
OPCIONES		Valor
1 Mantiene relaciones sociales fuera del domicilio		1
2 Solo se relaciona con familia y vecinos. Sale de casa		2
3 Solo se relaciona con familia. Sale de casa		3
4 No sale de su domicilio. Recibe familia o visitas (>1/semana)		4
5 No sale del domicilio ni recibe visitas (o <1/semana)		5

<b>PREGUNTA 4 Apoyos de la red social</b>	<b>RESPUESTA</b>	<b>Total Ptos</b>
OPCIONES		Valor
1 No necesita ningún apoyo		1
2 Recibe apoyo de la familia y/o vecinos		2
3 Recibe ayuda a domicilio, formal o voluntaria		3
4 Pendiente de ingreso en residencia de ancianos		4
5 Necesita cuidados permanentes que no son dados		5

<b>PREGUNTA 5 Situación económica (ingresos/mes)</b>	<b>RESPUESTA</b>	<b>Total Ptos</b>
OPCIONES		Valor
1 Dos veces el salario mínimo		1
2 1,5 veces el salario mínimo		2
3 Pensión mínima contributiva		3
4 LISMI, FAS, pensión no contributiva		4
5 Sin pensión ni ingresos		5

**Puntuación total****Puntos****Interpretación:**

De 5 a 9 Buena/aceptable situación social

De 10 a 14 Existe riesgo social

Más de 15 Problema social

**ESCALA DE RANKIN MODIFICADA**  
(ESCALA DE DISCAPACIDAD DE OXFORD)

Indicación: Medición del grado de dependencia funcional en pacientes con ICTUS.

GRADO	DESCRIPCIÓN
0	Sin síntomas.
1	Síntomas menores. Funcionamiento independiente.
2	Alguna limitación en el estilo de vida, pero independiente.
3	Limitación importante en el estilo de vida o necesidad de alguna ayuda. Funcionalmente dependiente.
4	Dependiente, pero no requiere atención constante.
5	Dependencia completa, necesita atención día y noche

Grado	Discapacidad	Descripción
0	Sin síntomas	Sin síntomas de ningún tipo
1	Sin incapacidad importante	Capaz de realizar sus actividades y obligaciones habituales.
2	Incapacidad leve	Incapaz de realizar algunas de sus actividades previas, pero capaz de velar por sus intereses y asuntos sin ayuda.
3	Incapacidad moderada	Requiere algo de ayuda, pero es capaz de caminar sin ayuda.
4	Incapacidad moderadamente severa	Incapaz de caminar y de atender sus necesidades corporales sin asistencia.
5	Incapacidad severa	Encamado, incontinente y requiere cuidados de enfermería y atención continua.

## ESCALA DE CRUZ ROJA DE INCAPACIDAD FÍSICA

GRADO	DESCRIPCIÓN
1	Totalmente normal.
2	Realiza las actividades de la vida diaria. Deambula con alguna dificultad.
3	Alguna dificultad para realizar actos diarios. Deambula con ayuda de bastón o similar.
4	Grave dificultad para los actos de la vida diaria. Deambula con extrema dificultad ayudado por una persona. Incontinencia ocasional.
5	Necesita ayuda para casi todos los actos. Deambula ayudado con extrema dificultad por dos personas. Incontinencia habitual
6	Inmovilizado en cama o sillón. Incontinencia total. Necesita cuidados continuos de enfermería.

## CRUZ ROJA DE INCAPACIDAD MENTAL

GRADO	DESCRIPCIÓN
0	Totalmente normal
1	Algunas rarezas, ligeros trastornos de desorientación en el tiempo. Se puede hablar con él cuerdamente.
2	Desorientación en el tiempo. La conversación es posible, pero no perfecta. Conoce bien a las personas aunque a veces olvide alguna cosa. Trastornos de carácter, sobre todo si se le disgusta. Incontinencia ocasional.
3	Desorientación. Imposible mantener una conversación lógica. Confunde las personas. Claros trastornos del humor. Hace cosas que no parecen explicables a veces o a temporadas. Frecuente incontinencia
4	Desorientación. Claras alteraciones mentales que la familia o el médico han etiquetado ya de demencia. Incontinencia habitual o total
5	Demencia senil total, con desconocimiento de las personas, etc. Vida vegetativa agresiva o no. Incontinencia total

## INDICE DE KATZ

GRADO	DESCRIPCIÓN
A	Independiente en alimentación, continencia, movilidad, uso del retrete, vestirse y bañarse.
B	Independiente para todas las funciones anteriores excepto una.
C	Independiente para todas excepto bañarse y otra función adicional.
D	Independiente para todas excepto bañarse, vestirse y otra función adicional.
E	Independiente para todas excepto bañarse, vestirse, uso del retrete y otra función adicional.
F	Dependiente en las seis funciones.
Otros	Dependiente en al menos dos funciones, pero no clasificable como C, D, E o F.



## ANEXO IV

### “PERFIL CUIDADOR DE RIESGO SOCIAL”

**GRUPO DE TRABAJO Programa de Mejora de Atención Domiciliaria (PMAD).  
Conselleria de Sanidad. Valencia. (A. Cava; M.A. Celada; E. Diaz; M.J. Monrós)**

Para identificar al “cuidador de riesgo” sería necesario que presentara alguno (más de uno) de los siguientes indicadores:

1. Inhibición y/o desatención del cuidador principal en la atención al enfermo.
2. Tensión física y/o emocional de los cuidadores.
3. Riesgo de claudicación en el cuidador.
4. Riesgo de institucionalización del enfermo por cansancio del cuidador.
5. Conflicto familiar.
6. Ser mayor de 75 años.
7. Vivir solo con el enfermo.
8. Tener una vivienda inadecuada y/o precaria (barreras arquitectónicas, hacinamiento, déficits de condiciones higiénicas, carencias de servicios básicos, etc.)
9. Sufrir alguna patología invalidante.
10. Tener cargas familiares además del enfermo, como menores, enfermos mentales, discapacitados físicos, ancianos, etc.)
11. Ingresos económicos insuficientes (nivel económico por debajo del límite de ingresos marcado por la Consellería de Bienestar Social para las Ayudas Individuales, con carácter anual).
12. Carecer de apoyo familiar.
13. Carecer de apoyo social.
14. Ausencia de Red de apoyo Formal (Serv. Sociales: Servicio de ayuda a Domicilio, Teleasistencia, Centro de día, Residencia de Respiro, etc.)
15. Tener problemas sociales que incidan en la salud.
16. Aislamiento/soledad.
17. Ser analfabeto (problemas por incumplimiento del tratamiento prescrito).