

INTERVENCION DEL/LA TRABAJADOR/A SOCIAL EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD CON PERSONAS MAYORES

Equipo Trabajadores /as Sociales Atención Primaria

Autoras:

- M.Dolores Altimiras Garcia .Centro de Atencion Primaria Malvarrosa .
Departamento de Valencia Clinic-Malvarrosa
- Carmen Diez Arcal CAP Castellar Departamento de Valencia Doctor Peset
- Teresa García Gomez CAP Betera Departamento de Valencia Arnau de
Vilanova -Lliria
- Pilar Hernandez Zarzoso CAP Nazaret Departamento de Valencia Clinic-
Malvarrosa
- Marina Ibáñez Caballero CSI Benifaio Departamento de la Ribera
- Angela López Martinez CAP L'Olleria-Beniganim Departamento de Xativa-
Ontinyent
- Amparo López Poveda CAP Mislata Departamento de Valencia La Fe
- Laura Martín Esparza CAP Oliva Departamento de Gandia
- Ana Ortega Navarro CAP Puerto de Sagunto Departamento de Sagunto
- Marta Penalba Segovia CAP Requena-Utiel Departamento de Requena

ÍNDICE GENERAL

	Págs.
• 1 Introducción	4-6
• 2 Población Diana	7
• 3 Objetivo General	8
3.1 Objetivos Específicos	
• 4 Actividades del Trabajador Social	9-10
• 5 Metodología	11-14
5.1 Criterios de derivación	
5.2 Procedimiento de derivación	
5.3 Circuito de Intervenciones coordinadas	
• 6 Evaluación	15
• 7 Intervención ante malos tratos a las personas ancianas.....	16-18
• 8 Bibliografía.....	19
• Anexo.....	20-22
Anexo 1	

1. INTRODUCCIÓN.

Desde el inicio de la década de los 80, organismos internacionales como la OMS y la OCDE, han ido elaborando directrices en el camino de la planificación de modelos asistenciales sanitarios y sociales para el colectivo de personas mayores de 65 años, que se encuentren en situación de riesgo socio-sanitario. Existen poderosas razones demográficas, epidemiológicas y sociales, que avalan la necesidad de intervenir en esta área. En primer lugar, el porcentaje de personas mayores de 65 años se situará en el 15% a 10 años vista, en segundo lugar, este segmento de población tiene mayor riesgo que el resto de padecer todo tipo de enfermedades y discapacidades. Por otra parte los avances conseguidos en medicina y biología han permitido que exista un incremento en la supervivencia de muchas patologías lo que conlleva a una tasa más alta de cronicidad. Finalmente, los cambios actuales que se han producido en la estructura familiar relacionados con la familia nuclear y el papel que desempeña la mujer en el mundo laboral, reducen muy significativamente la función tradicional de cuidados familiares.

Así pues, frente a los aspectos altamente positivos de que se haya conseguido una media de vida mucho más larga que en el pasado, gracias a estos avances médico-científicos, habrá que tener en cuenta la aparición de otras nuevas situaciones que, como antes habíamos mencionado, quedan enmarcadas en: la organización del mercado de trabajo (incorporación de la mujer al mundo laboral), la financiación de pensiones, el aumento de gastos en servicios sociales (debido a que las necesidades de gastos se han elevado), el incremento de gasto sanitario (por la prevalencia e incidencia de enfermedades en el grupo de edad más avanzada), y un largo etcétera que podríamos enumerar y que afectan tanto en el plano económico como cultural y/o socio asistencial. Situaciones a las que no podemos dar la espalda y ante las que tendremos que ir dando respuestas adecuadas siendo para ello indispensable, una buena planificación, organización y gestión de servicios socio-sanitarios que se ocupen de la atención a las personas ancianas.

En el ámbito de las distintas políticas sociales que han ido articulando los diferentes Gobiernos en España, se ha ido creando una red de recursos sociales, tanto públicos como privados, que dan realidad al estado social y de derecho que dicta nuestra Constitución. Dicha red proporciona unos servicios sociales que dan cobertura desde la prevención, protección, reinserción y rehabilitación, que a su vez reconoce el Estatuto de Autonomía en su art. 49, apartado 24, el cual atribuye la responsabilidad de protección de menores, jóvenes emigrantes, personas discapacitadas y tercera edad, a las instituciones públicas.

En la Ley 16/2003, de 28 de Mayo , de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, en su preámbulo plantea la búsqueda de mecanismos de integración en la Atención Sanitaria y la Socio sanitaria. En su artículo 14, define a la ATENCION SOCIO-SANITARIA en estos términos.

- 1. La atención socio sanitaria comprende el conjunto de cuidados destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultanea y sinérgica de los**

Intervención del/la trabajador/a social de APS con Personas Mayores

servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social.

2. **En el ámbito sanitario, la atención socio sanitaria se llevara a cabo en los niveles de atención que cada comunidad autónoma determine y en cualquier caso comprenderá:**
 - a) **Los cuidados sanitarios de larga duración.**
 - b) **La atención sanitaria a la convalecencia.**
 - c) **La rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable.**

3. **La continuidad del servicio será garantizada por los servicios sanitarios y sociales a través de la adecuada coordinación entre las administraciones públicas correspondientes.**

A partir de esta realidad, pretendemos diseñar unas líneas de actuación con el propósito de unificar los criterios de intervención que nos permitan la sistematización de las actuaciones de los profesionales socio-sanitarios.

Con la entrada en vigor de la ley 39/2006 de 14 de Diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y de Atención a las personas en situación de Dependencia, se da un paso mas al regular las condiciones básicas que garanticen la igualdad en el ejercicio del derecho subjetivo de ciudadanía a la promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia.

La Ley se inspira en los siguientes principios:

- Carácter universal y público de las prestaciones.
- El acceso a las prestaciones en condiciones de igualdad.
- La participación de todas las Administraciones en el ejercicio de sus competencias.

La Conselleria de Sanidad dentro de la cartera de servicios publicada en el año 2000, hace mención a la prevención y detección de problemas de salud en el anciano/a frágil o de alto riesgo, que posteriormente se desarrolla en el año 2002, dentro de la Guía de Actuación del Anciano Frágil.

Desde el punto de vista del trabajo social en atención primaria de salud, somos conscientes de la importancia que la intervención social tiene en este programa, con el fin de mantener al anciano/a en las mejores condiciones posibles, procurándole el soporte social adecuado a cada situación.

A modo de resumen, podemos decir que, la intervención social se sustentará principalmente en tres pilares básicos:

- Desarrollo de actividades preventivas y de promoción de salud.
- Adecuación y optimización de recursos sociales.
- Intervenciones sobre el entorno familiar y comunitario (prestando especial atención a los cuidadores/as).

Intervención del/la trabajador/a social de APS con Personas Mayores

La intervención social se desarrollará dependiendo de la actividad y de los objetivos propuestos, en diferentes niveles: individual, familiar, grupal y comunitario.

2. POBLACIÓN DIANA.

Mayores de 65 años, incluyendo a las personas sanas hasta las consideradas frágiles o de alto riesgo.

Según la O.M.S son criterios de inclusión de “ Anciano/a Frágil” o de “ Alto Riesgo”, los siguientes.

- Patología crónica invalidante (física y/o psíquica).
- Polimedicados/as (más de 5 fármacos).
- Vivir solo/a.
- Edad avanzada (en la actualidad , la tendencia es que se seleccionen a las personas de mas de 80 años).
- Hospitalización en los últimos tres meses.
- Viudedad reciente (último año).
- Presencia de problemas sociales con incidencia para la salud.

Desde el punto de vista del TS, además de los criterios anteriormente mencionados consideramos anciano/a de riesgo aquel que cumple alguno de los siguientes criterios:

- Ancianos/as reclusos en su domicilio.
- Sospecha de malos tratos.
- Situaciones que presenten riesgo de institucionalización del anciano/a de forma prematura o inadecuada.
- Ancianos/as con problemas económicos.
- Carencia de apoyo familiar y/o social.
- Cualquier otro problema que incida en su salud.

La presencia de mas de uno de los criterios mencionados será suficiente para considerar al anciano/a frágil o de alto riesgo.

3. OBJETIVO GENERAL:

Colaborar en la atención integral a las personas mayores potenciando el mantenimiento en su medio habitual el máximo tiempo posible, desde el seguimiento de sus condiciones funcionales y sociales, con el fin de garantizar una calidad de vida digna.

3.1 OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Captación de los usuarios/as susceptibles de intervención.
- Conocer y estudiar la problemática socio-familiar de las personas mayores para la realización del diagnóstico social y la planificación de las intervenciones.
- Intervención social en función del nivel de autonomía y/o dependencia de cada caso.
- Intervención en las redes de apoyo sociales y comunitarias, creando y reforzando canales de comunicación y coordinación.

4. ACTIVIDADES DEL TRABAJADOR/A SOCIAL

Intervención del/la trabajador/a social de APS con Personas Mayores

OBJETIVO	ACTIVIDAD	TECNICAS	INSTRUMENTOS
1- Captación de los usuarios/as susceptibles de intervención	La captación se realizara a través de: .La consulta del ts. .Derivados de la consulta de medicina y/o enfermería. .Coordinación con instituciones sanitarias, sociales y comunitarias.	Observación Entrevista - individual - familiar Visita domiciliaria Reuniones de coordinación	Informes Sistema informático Abucasis
2-Conocer y estudiar la problemática socio-familiar de las personas mayores para la realización del diagnostico social y la planificación de las intervenciones.	Se valorara : .Situación familiar -unidad de convivencia -familia extensa .Situación económica .Situación de la vivienda .Situación sanitaria .Prestaciones o servicios que percibe .Apoyo social y vecinal .Capacidad funcional	Observación Entrevista - individual - familiar Visita domiciliaria Reuniones de coordinación	Genograma Indice de Barthel Indice de Lawton y Brody Cuestionario Apgar Familiar Escala de Gijon Escala de Rankin Modificada Escala de Cruz Roja de Incapacidad Física Escala de Cruz Roja de Incapacidad Mental Indice de Katz Actas reuniones Y todas las que puedan ser necesarias.
3-Intervención social en función del nivel de autonomía y/o dependencia de cada caso	.Información , orientación , derivación y/o tramitación de prestaciones y recursos necesarios .Intervención en la dinámica familiar, promoviendo la organización de los cuidados .Apoyo emocional a pacientes y familiares .Coordinación con los servicios socio-sanitarios comunitarios (asociaciones, ongs, instituciones sanitarias y sociales) .Educación para la salud	Observación Entrevista - individual - familiar Visita domiciliaria Reuniones de coordinación Técnicas grupales (mesas redondas, charlas coloquios, talleres, grupos de familiares.....)	Informe social Genograma Guías de autocuidados Historia socio-familiar (Abucasis II) Ficha individual Actas reuniones
4-Intervención en las redes de apoyo social comunitarias creando y reforzando canales de comunicación y coordinación	.Comunicación y difusión del programa .Integración del anciano/a en grupos formales e informales existentes en su zona. .Creación de programas conjuntos entre CAP y otras instituciones. .Participar en la formación de cuidadores/as	.Técnicas grupales .Reuniones interdisciplinarias	.Materiales de difusión (trípticos, carteles,...) .Material docente .Actas de reuniones

5. METODOLOGIA

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

Destacamos como objetivos:

- Atender a la población de forma integral e integrada (a nivel individual y/o familiar), facilitándosele la accesibilidad a los diferentes servicios .
- Evitar la duplicidad de acciones
- Mayor captación de la población de riesgo
- Conocer las necesidades reales y las necesidades sentidas por la comunidad
- 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 usuario/a como eje central de toda la intervención .

5.1 CRITERIOS DE DERIVACION:

Los indicadores de riesgo a tener en cuenta son los siguientes:

- a) Vivir solo/a: en Escala de Gijón representado por los puntos 4 y 5 del primer apartado “A- Situación Familiar”.
- b) Dependencia completa para la movilidad: cuando se superen 20 puntos en la Escala de Barthel.
- c) Incapacidad psíquica .
- d) Falta de apoyo familiar y/o social : cuando carezca de apoyo o este exista pero sea insuficiente es decir que no garantice la satisfacción de todas las necesidades derivadas de su estado patológico desde una perspectiva integral.
- e) En la Escala de Gijón está relacionado con los puntos 2,3,4 y 5 del cuarto apartado “D- Relaciones Sociales”.
- f) 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

Intervención del/la trabajador/a social de APS con Personas Mayores porque su presencia es considerada como desequilibrante para el funcionamiento familiar.

- g) Sobrecarga del cuidador/a principal.
- h) Vivienda deficiente: cuando las condiciones internas y externas de la vivienda son insalubres. Relacionado en la Escala de Gijón con los puntos 2,3,4 y 5 del punto tercero “C- Vivienda”.

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-Pensión no contributiva” o quinto “Sin ingresos o inferiores al apartado anterior”, se debe señalar este criterio de derivación.

Vive en zona aislada: dificultad de acceso a los recursos socio-sanitarios y a los servicios en general por estar en zona aislada.

Sospecha de malos tratos .

5.2 PROCEDIMIENTOS DE DERIVACION:

Informe de Contacto de Abucasis

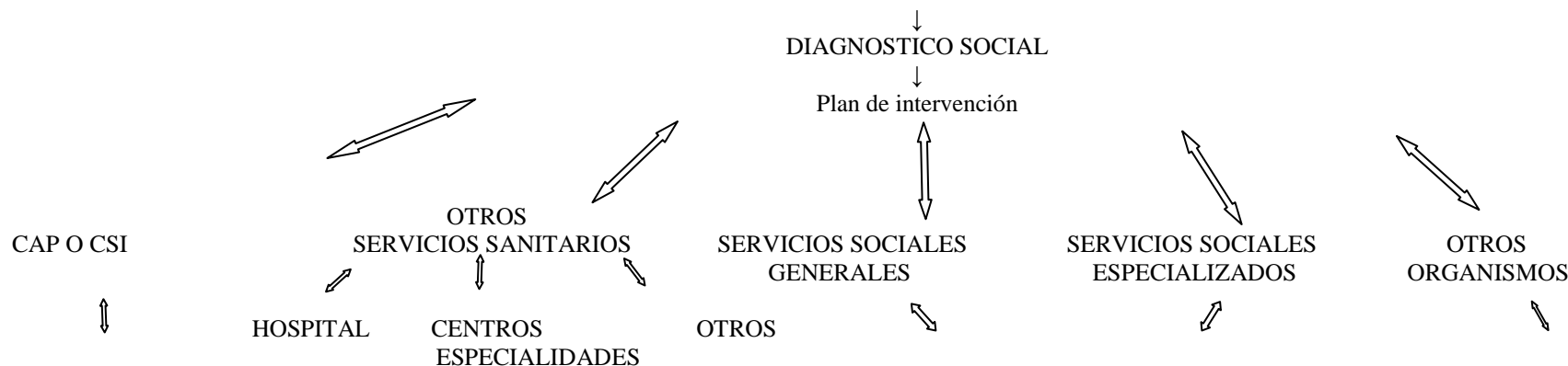
Teléfono

Fax

Correo electrónico

5.3 CIRCUITO DE INTERVENCIONES COORDINADAS:

UNIDAD TRABAJO SOCIAL CENTRO DE SALUD



- Valoración interdisciplinar de la necesidad
- Visitas conjuntas
- Seguimiento conjunto
- Reuniones de coordinación

- Intercambio de información socio-sanitaria del usuario/a
- Valoración
- Delimitación de las competencias en la intervención
- Planificación del alta
- Seguimiento conjunto del caso
- Intercambio de información de programas y actividades
- Reuniones de coordinación

- Intercambio de información socio-sanitaria del usuario/a
- Valoración
- Delimitación de las competencias en la intervención
- Visitas conjuntas
- Seguimiento conjunto del caso
- Intercambio de información de programas y actividades
- Reuniones de coordinación

- Intercambio de información socio-sanitaria del usuario/a
- Intercambio de información de programas y actividades

6. EVALUACION .

Nos permite conocer la utilidad de las actuaciones. Pretende valorar si lo que se realiza tiene un impacto específico en el nivel de bienestar de la población, y si algunas actividades son más eficaces que otras.

Consideramos como indicadores de evaluación los siguientes:

- Numero de personas mayores incluidas
- Procedencia de la demanda.
- Tipología de demanda social.
- Necesidad social detectada.
- Numero de entrevistas realizadas.
- Numero de visitas a domicilio realizadas.
- Numero de escalas de valoración utilizadas.
- Numero de recursos tramitados.
- Numero de reuniones de coordinación.
- Numero de actividades grupales.
- Numero de objetivos conseguidos.
- Numero de correctores introducidos.
- Numero de objetivos no conseguidos.

7. INTERVENCION ANTE MALOS TRATOS HACIA LAS PERSONAS ANCIANAS

1. FORMAS DE MALTRATO:

1. Negligencia física y emocional: Negación de alimentos, cuidados higiénicos, vivienda, seguridad y tratamientos médicos. Negación de afecto, desprecio, aislamiento, incomunicación
2. Maltrato físico: golpes, quemaduras, administración abusiva de fármacos
3. Maltrato psicológico: manipulación, intimidación, amenazas, humillaciones
4. Abuso económico: impedir el uso y control del su dinero., chantaje económico
5. Abuso sexual: cualquier tipo de relación sexual no consentida o cuando la persona no es capaz de dar su consentimiento

2. FACTORES DE RIESGO Y VULNERABILIDAD DE SER VICTIMA DE MALOS TRATOS (Kosberg J. Preveting elder abuse. Identification of high risk factors prior to placement decisions. Gerontologist 1988.)

- a) Para el anciano/a:

Edad avanzada
Deficiente estado de salud
Incontinencia
Deterioro cognitivo y alteraciones de conducta
Dependencia física y emocional del cuidador
Aislamiento social
Antecedentes de malos tratos

- b) Para la persona agresora (cuando es el cuidador/a):

La sobrecarga física o emocional
Padecer trastornos psicopatológicos
Abuso del alcohol y otras toxicomanías
Experiencia familiar de maltrato a personas ancianas o violencia familiar previa
Incapacidad del cuidador/a para soportar emocionalmente los cuidados

- c) Situaciones de especial vulnerabilidad:

Vivienda compartida
Malas relaciones entre la víctima y el agresor/a
Falta de apoyo familiar y social
Falta de apoyo financiero
Dependencia económica o de vivienda del anciano/a

3. DIAGNOSTICO

1. Realización de entrevista o Visita domiciliaria. Valoración socio-familiar:

Valorar factores de riesgo

Valorar signos de alerta y de maltrato:

- Explicaciones poco coherentes de la producción de las lesiones.
Retraso en solicitar la asistencia.
- Mala evolución de las lesiones.
- Desnutrición sin motivo aparente.
- Caídas reiteradas.
- Actitud de miedo

Investigar señales de alarma

Valorar actitudes, comportamientos o síntomas

2. Estrategias para la valoración y la intervención:

Dar confianza y facilitar la expresión de sentimientos

Hablar en lenguaje claro y sencillo

Hacerle preguntas para facilitar que el paciente cuente su problema:

- ¿alguien le ha hecho daño en casa?
- ¿Tiene miedo de alguna persona que vive con usted?
- ¿Le han amenazado?
- ¿Le han obligado a firmar documentos que no entiende?

4.INTERVENCION EN UNA SITUACION DE MALTRATO

Tras evaluar la gravedad y el riesgo ,elaborar un plan integral y coordinado de intervención.

a. Intervención en Las Negligencias:

- Prevención y desarrollo de habilidades
- Ofrecer apoyos
- Ofrecer recursos
- Consejo Familiar
- Reducir el conflicto
- Implicar al cuidador/a en positivo

b. Intervención cuando la persona anciana está capacitada y no quiere intervención profesional y desea permanecer en el domicilio:

- Respetar a la víctima
- Asegurar confidencialidad
- Respetar su ritmo en las decisiones (la persona anciana debe sentir que controla la situación)

Intervención del/la trabajador/a social de APS con Personas Mayores

- No realizar juicios
- Apoyar a la víctima. Debe sentir que se le acompaña en las decisiones difíciles
- Proporcionar sentimientos de aceptación.
- Acordar plan de seguridad
- Facilitar estrategias de protección
- Facilitar teléfono de asistencia urgente
- Ofrecer servicios de apoyo
- Informar a la persona anciana de las consecuencias del maltrato y de sus alternativas
- Informar de los pasos legales, en el caso de que desee poner denuncia
- Seguimiento y registro en la historia

c. Intervención cuando la persona anciana no está capacitada y la situación es grave

- Cuando el riesgo sea inmediato para la vida siempre hay que remitir al hospital
- Informar al Juzgado de guardia. Parte de lesiones. Hoja de Notificación de Violencia Domestica
- Coordinar con Servicios Sociales Municipales o en su caso con la Conselleria de Bienestar Social para ingreso en Centro. Informe Social
- Solicitar ayuda a los cuerpos de seguridad en caso necesario
- Llamar a teléfono de emergencias
- Tener en cuenta la obligación de denunciar en casos graves o en casos de que la victima sea incapaz de derecho y de hecho
- Seguimiento y registro en la historia

d. Intervención hacia la persona anciana maltratada

- Valorar la necesidad de institucionalizar al anciano/a si la familia no puede garantizar su atención
- Evaluar la adecuación de la vivienda a las limitaciones del anciano/a
- Organizar la atención clínica del paciente facilitando medios y simplificando la medicación
- Evitar el aislamiento social
- Evaluar cada cierto tiempo el nivel funcional y cognitivo
- Fomentar la interrelación social
- Seguimiento y registro en la historia

e. Intervención hacia el cuidador/a que maltrata

- Reducir el estrés: compartir el cuidado del anciano/a con otros miembros de la familia
- Contactar con grupos de apoyo
- Garantizar respiros al cuidador/a
- Dar apoyo técnico y emocional al cuidador/a
- Si el cuidador/a padece problema psiquiátrico o de consumo de alcohol o drogas, facilitar tratamiento y apoyo
- Valorar la capacidad de la familia para garantizar cuidados
- Seguimiento y registro en la historia

f. Intervención en las agresiones sexuales

- Remitir al hospital para valoración ginecológica y forense

8. BIBLIOGRAFIA:

Celada, M.A et al .*Protocolo de Coordinación de Mayores* .II encuentro sobre la coordinación socio-sanitaria desde la perspectiva del Trabajo Social .Alicante 2004

Chumillas,G et al .*Programa de intervención del Trabajador Social en el Programa del Anciano Frágil o de Alto Riesgo*” Trabajadoras Sociales del Area 9.No Publicado

Circular 1/ 2005,17-05, del Director Gerente de la Agencia Valenciana de Salud, sobre “ Regulacion de documentos oficiales y tramites a cumplimentar por el personal facultativo en los supuestos de prestación de asistencia sanitaria por presunta violencia domestica a personas adultas “.

Constitución Española de 1978

Kosberg J. (1988) Preveting elder abuse. Identification of high risk factors prior to placement decisions. *The Gerontologist* (1988) 28(1): 43-50
doi:10.1093/geront/28.1.43

Ley 6 de 2 de Junio de 2008, de la Generalitat Valenciana , de Aseguramiento Sanitario del Sistema Sanitario Publico de la Comunidad Valenciana. BOE nº 153 / 25-6-2008

Ley 39 de 14 de diciembre del 2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a Personas en Situación de Dependencia. BOE nº 299 / 15-12-2006.

Ley Orgánica de 10 de abril de 2006 de Reforma de la Ley Orgánica 5/1982, de 1 de Julio ,de Estatuto de Autonomía de la Comunidad Valenciana. BOE nº86 / 11-4-2006

MIRALLES ,Ramón [2008]*Tratado de Geriatria para Residentes* [en línea]
Disponible en Web http://www.segg.es/tratogeriatria/PDF/S35_05%2076_ANEXO1_III.pdf [Consulta :4 de mayo de 2010]Pagina Web Conselleria de Sanidad de la Comunidad Valenciana

Real Decreto 1030 de 15 de Septiembre de 2006, por el que se establece la Cartera de Servicios Comunes del Sistema Nacional de Salud y el Procedimiento para su Actualización BOE nº 222 / 16-9-2006

Subsecretaria para la Agencia Valenciana de Salud (2003) *Iniciativa para la mejora de la Atención Domiciliaria* Generalitat Valenciana

ANEXOS

ANEXO 1:

RECURSOS SOCIO SANITARIOS

SANITARIOS	INSTITUCIONALES	ECONOMICOS	DE APOYO SOCIAL	DE CONVIVENCIA , OCIO Y TIEMPO LIBRE
Prestaciones Ortoprotesicas (Conselleria de Sanidad)	Centro Municipal Servicios Sociales	Pensiones: -Contributivas -No contributivas	Servicio de Ayuda a Domicilio	Centros Especializados de Atención a Mayores (CEAM)
Asistencia Sanitaria por Ley de Aseguramiento 2008	Conselleria de Sanidad	Prestaciones Económicas Individualizadas: -Ayudas de emergencia -Ayudas desarrollo personal de la tercera edad	Programa “ Menjar a Casa”	Centros Municipales de Actividades de Personas Mayores
Reintegro de gastos por traslados y dietas	Conselleria de Bienestar Social	Otras Prestaciones: -Ayudas transporte publico -Exención tasas -Abono social telefónica	Teleasistencia	Clubs de Convivencia
Programa para Financiar la Asistencia Farmacéutica y Ortoprotesica Gratuita a Discapacitados	INSS	Ayudas por Aplicación Ley de Dependencia	Comedores Sociales	Programa “No estés solo en Navidad”

	Residencias de tercera edad	Programa de Ayudas para Sufragar Estancias de Respiro en Residencias	Programa “ Major a Casa”	Programa Vacaciones: - Generalitat Valenciana - Imserso
SANITARIOS	INSTITUCIONALES	ECONOMICOS	DE APOYO SOCIAL	DE CONVIVENCIA, OCIO Y TIEMPO LIBRE
	Centros de día		Teléfono del Mayor	Programa Termalismo Social - Generalitat Valenciana - Imserso
	Viviendas Tuteladas		Programas Específicos de los Diferentes Ayuntamientos	
	Centro de Orientación y Diagnostico		Otros: -Grupos ayuda mutua -Voluntariado -Asociaciones -Ong.	

ANEXO 2:

INDICE DE BARTHEL (actividades básicas de la vida diaria)

Alimentación

10 Independiente: capaz de utilizar cualquier instrumento necesario; come en un tiempo razonable; capaz de desmenuzar la comida, usar condimentos, extender la mantequilla, etc., por sí solo.

5 Necesita ayuda: por ejemplo, para cortar, extender la mantequilla, etc.

0 Dependiente: necesita ser alimentado.

Lavado (baño)

5 Independiente: capaz de lavarse entero; puede ser usando la ducha, la bañera o permaneciendo de pie y aplicando la esponja por todo el cuerpo. Incluye entrar y salir de la bañera sin estar una persona presente.

0 Dependiente: necesita alguna ayuda.

Vestido

10 Independiente: capaz de ponerse, quitarse y fijar la ropa. Se ata los zapatos, abrocha los botones, etc. Se coloca el braguero o el corsé si lo precisa.

5 Necesita ayuda: pero hace al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable.

0 Dependiente: incapaz de manejarse sin asistencia mayor.

Aseo

5 Independiente: realiza todas las tareas personales (lavarse las manos, la cara, peinarse, etc.). Incluye afeitarse y lavarse los dientes. No necesita ninguna ayuda. Incluye manejar el enchufe si la maquinilla es eléctrica.

0 Dependiente: necesita alguna ayuda.

Deposición

10 Continente, ningún accidente: si necesita enema o supositorios se arregla por sí solo.

5 Accidente ocasional: raro (menos de una vez por semana), o necesita ayuda para el enema o los supositorios.

0 Incontinente

Micción

10 Continente, ningún accidente: seco día y noche.

Capaz de usar cualquier dispositivo (catéter). Si es necesario, es capaz de cambiar la bolsa.

5 Accidente ocasional: menos de una vez por semana. Necesita ayuda con los instrumentos.

0 Incontinente.

Retrete

10 Independiente: entra y sale solo. Es capaz de quitarse y ponerse la ropa, limpiarse, prevenir el manchado de la ropa, vaciar y limpiar la cuña. Capaz de sentarse y levantarse sin ayuda. Puede utilizar barras de soporte.

5 Necesita ayuda: necesita ayuda para mantener el equilibrio, quitarse o ponerse la ropa o limpiarse.

0 Dependiente: incapaz de manejarse sin asistencia mayor.

Traslado sillón-cama

15 Independiente: no necesita ayuda. Si utiliza silla de ruedas, lo hace independientemente.

10 Mínima ayuda: incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física (p. ej., la ofrecida por el cónyuge).

5 Gran ayuda: capaz de estar sentado sin ayuda, pero necesita mucha asistencia para entrar o salir de la cama.

0 Dependiente: necesita grúa o alzamiento completo por dos personas. Incapaz de permanecer sentado.

Deambulaci3n

15 Independiente: puede usar cualquier ayuda (pr3tesis, bastones, muletas, etc.), excepto andador. La velocidad no es importante. Puede caminar al menos 50 m o equivalente sin ayuda o supervisi3n.

10 Necesita ayuda: supervisi3n f3sica o verbal, incluyendo instrumentos u otras ayudas para permanecer de pie. Deambula 50 m.

5 Independiente en silla de ruedas: propulsa su silla de ruedas al menos 50 m. Gira esquinas solo.

0 Dependiente: requiere ayuda mayor.

Escalones

10 Independiente: capaz de subir y bajar un piso de escaleras sin ayuda o supervisión, aunque utilice barandilla o instrumentos de apoyo.

5 Necesita ayuda: supervisión física o verbal.

0 Dependiente: necesita alzamiento (ascensor) o no puede salvar escalones.

Máxima puntuación: 100 puntos (90 si va en silla de ruedas)

Resultado	Grado de dependencia
< 20	Total
20-35	Grave
40-55	Moderado
≥ 60	Leve
100	Independiente

ANEXO 3:

ESCALA GIJON : (Valoración socio-familiar)

Situación familiar

1. Vive con familia sin dependencia físico/psíquica.
2. Vive con cónyuge de similar edad.
3. Vive con familia y/o cónyuge y presenta algún grado de dependencia.
4. Vive solo y tiene hijos próximos.
5. Vive solo y carece de hijos o viven alejados.

Situación económica

1. Más de 1,5 veces el salario mínimo.
2. Desde 1,5 veces el salario mínimo hasta el salario mínimo exclusivamente.
3. Desde el salario mínimo hasta pensión mínima contributiva.
4. LISMI-FAS-Pensión no contributiva*.
5. Sin ingresos o inferiores al apartado anterior.

Vivienda

1. Adecuada a las necesidades.
2. Barreras arquitectónicas en la vivienda o portal de la casa (peldaños, puertas estrechas, baños...).
3. Humedades, mala higiene, equipamiento inadecuado (sin baño completo, agua caliente, calefacción).
4. Ausencia de ascensor, teléfono.
5. Vivienda inadecuada (chabolas, vivienda declarada en ruina, ausencia de equipamientos mínimos).

Relaciones sociales

1. Relaciones sociales.
2. Relación social sólo con familia y vecinos.
3. Relación social sólo con familia o vecinos.
4. No sale de su domicilio, recibe familia.
5. No sale, no recibe visitas.

Apoyos red social

1. Con apoyo familiar o vecinal.

Intervención del/la trabajador/a social de APS con Personas Mayores

2. Voluntariado social, ayuda domiciliaria.
3. No tiene apoyo.
4. Pendiente de ingreso en residencia geriátrica.
5. Tiene cuidados permanentes.

Puntuación final:

- < 10 puntos: normal o riesgo social bajo.
- 10-16 puntos: riesgo social intermedio.
- > 17 puntos: riesgo social elevado (problema social).