



## DOCUMENTS DE TREBALL SOCIAL SANITARI

# EL TREBALL SOCIAL SANITARI EN L'ATENCIÓ AL PACIENT CRÒNIC

**Document de metodologia de procés**

**Barcelona, agost 2013**



---

# El treball social sanitari en l'atenció al pacient crònic.

## Document de metodologia de procés

Institut Català de la Salut  
Direcció Adjunta d'Afers Assistencials  
Àrea de Treball Social

Barcelona, agost 2013

---

## GRUP DE TREBALL

---

**Altuna Laiseca, Inés.** Hospital Universitari Joan XXIII.

**Bret Garriga, Montse.** Hospital Universitari Germans Trias i Pujol.

**Calvet Bellera , Toni.** Atenció Primària Pirineu Aran.

**Carrasco Coria, Rosa.** Atenció Primària Metropolitana Sud

**Fernandez Ortega Eva .** Hospital Viladecans.

**Fort Consul, Jaume.** Gerència Territorial Girona

**Peña Gallardo, Conchita.** Hospital Universitari Vall d'Hebron.

**Peña Ocaña, M. del Mar.** Centre Corporatiu i Gerència Territorial Lleida

**Perez Navarro, Rosa.** Hospital Arnau de Vilanova Lleida

**Rocabayera Andreu, M. Antonia.** Atenció Primària Metropolitana Nord.

**Rodríguez Molinet, Pepita.** Atenció Primària Barcelona Ciutat.

**Salvat Salvat, Olga.** Hospital Universitari Joan XXIII

**Solanas Bacardit, Gemma.** Atenció Primària Catalunya Central.

**Soler Soto, Sandra.** Hospital Universitari de Bellvitge.

**Vergés Canivell, Lluïsa.** Hospital Universitari Verge de la Cinta.

### **Suport tècnic administratiu:**

**Serra Estrela, Irene.** Administrativa suport a la coordinació de Treball Social

---

## ÍNDEX

Presentació.....	5
1. Introducció.....	6
2. Procés d'atenció del treball social sanitari en el pacient crònic.....	7
2.1 Missió.....	7
2.2 Responsable.....	7
2.3 Objectiu de la intervenció.....	7
2.4 Destinataris.....	7
2.5 Abast del proces.....	7
2.6 Activitats que inclou el procés.....	8
2.7 Registres i documents relacionats.....	10
2.8 Indicadors.....	11
3. Bibliografia.....	13
Anexos.....	14

---

## PRESENTACIÓ

El present document “*El treball social sanitari en l’atenció al pacient crònic*” forma part del conjunt de Documents de Treball Social Sanitari, que tenen com a objectiu millorar la qualitat de la prestació de serveis de treball social sanitari, a partir de la reflexió sobre la pràctica diària en els serveis de salut.

Actualment en la societat catalana, la causa més alta de morbimortalitat són els problemes crònics de salut, els quals esdevenen principal causa de la despesa sanitària amb un cost de dos tercers parts del total del pressupost de Sanitat. Estem en un context social amb un embelliment generalitzat de població on les estimacions futures ens avancen a un entorn pel 2050 on, entre el 40 i 45% de la població serà octogenària. La prevalença i la incidència de les malalties cròniques en la població és molt elevada representant una càrrega sanitària molt alta i en augment en els propers anys (en menys de 10 anys es preveu que la malaltia crònica esdevingui la principal causa de discapacitat). I amb una situació socioeconòmica de crisi amb manca i limitació de recursos per a fer front a aquest escenari.

Aconseguir més salut per a tothom, una millor qualitat de vida i mantenir la sostenibilitat del sistema sanitari és la finalitat de les estratègies que desenvolupa el Pla de Salut de Catalunya 2011-2015. L’atenció al malalt crònic es una de les prioritats d’aquest Pla de Salut contemplada de manera específica en un dels tres eixos en que aquest s’estructura.

Concretament el segon eix, que és el que fa referència a la Transformació del model d’assistència, incideix en l’abordatge al pacient crònic insistint en millorar la resolució en els primers nivells assistencials i donar més qualitat en l’alta especialització, incorporant dues línies d’actuació específiques amb els seus projectes corresponents per tal de poder disposar d’un model d’atenció més orientat als malalts crònics, i garantir un sistema integrat més resolutiu.

En el tercer eix del Pla de Salut fa referència a la Modernització del model organitzatiu, tracta de la potenciació de la informació, transparència i avaluació en la prestació de serveis de salut.

Davant la prioritat en la prestació de serveis de salut al pacient crònic aquest document es planteja oferir un material pràctic i metodològic per tal de sistematitzar i millora la qualitat de la prestació de serveis de treball social sanitari a aquests pacients

Aquest treball ha estat possible gràcies a les experiències prèvies desenvolupades recentment en els diferents territoris i serveis i a la discussió grupal de professionals dels diferents territoris i serveis.

---

## 1. INTRODUCCIÓ

La cronicitat s'ha d'entendre com un procés i per tant tenir en compte els factors que hi intervenen en les diferents fases del mateix, des de l' inici amb el diagnòstic de la situació de salut, amb els tractaments preventius, curatius, rehabilitadors i pal·liatius.

Tot i que la cronicitat afecta a pacients amb patologies i necessitats heterogènies. Presenta una sèrie de factors comuns diferencials; és de llarga durada, de progressió lenta i continua, amb disminució de la qualitat de vida del malalt i, sovint, el seu entorn familiar i de suport social informal s'altera. Independent de la malaltia concreta, i de la complexitat de cada moment, prenen una especial rellevància les necessitats i prioritats específiques de cada pacient individual, incloent, a més de les mèdiques, les socials, emocionals, espirituals i materials. Aquestes característiques presents en els pacients amb malalties cròniques fan que sigui necessari realitzar un diagnòstic i tractament integral, centrat en la persona en la seva globalitat, i amb una atenció coordinada i transdisciplinària entre tots els nivells assistencials al llarg de tot el procés d'atenció.

Els problemes de salut afecten el funcionament social de la persona i això pot comportar nous problemes de salut o agreujament dels mateixos així doncs la salut i el funcionament social, estan molt lligats, s'afecten recíprocament i en l'atenció als pacients crònics, han de ser treballats de manera integrada, des de la vessant sanitària i la vessant social.

Diferents models en l'atenció a la cronicitat ratifiquen la importància dels factors socials. Entre ells; la piràmide de Kaiser que identifica tres nivells d'intervenció segons la complexitat del pacient crònic i la piràmide definida en el King's Fund en el Regne Unit (una de les adaptacions de l'escala Kaiser) en la qual es destaca la combinació de la visió sanitària i la social com a dues parts integrades de l'atenció que requereix el pacient.

El Treballador Social sanitari, com a expert en la valoració de la dimensió social del pacient aporta a l'equip i servei sanitari en el qual treballa aquesta visió, contribuint així a l'abordatge integral del pacient, aportant l'expertesa d'aquesta dimensió social.

Seguint aquets marc conceptual, la valoració social és un element clau en la valoració integral dels pacients crònics. Té com l'objectiu identificar i treballar per aconseguir un entorn familiar social i de relació estable, que sigui capaç d'atendre les necessitats del pacient en el propi entorn, amb la col·laboració i suport professional que s'escaigui en cada cas.

Completar el diagnòstic clínic amb el diagnòstic social sanitari té així una finalitat bàsicament preventiva i la seva importància radica en poder acompanyar al pacient i família en el procés de reajustament i equilibri personal i social en cadascuna de les fases en que la malaltia es desenvolupa.

En situacions de complexitat sanitària, on es troben característiques personals i d'entorn social/psicosocial del pacient y la seva família que poden dificultar i distorsionar la terapèutica planificada i requerir d'atenció especialitzada, amb la finalitat d'evitar els efectes adversos en la salut del pacient, el diagnòstic social sanitari va acompanyat de treball de terapèutica social-familiar en el marc transversal i continuum assistencial.

Per tal d'assegurar una qualitat òptima en la atenció social a la cronicitat, amb els mínims elements de variabilitat en la prestació d'aquests serveis, es fa necessari definir la metodologia de procés que a continuació es desenvolupa.

---

## 2. PROCÉS D'ATENCIÓ DE TREBALL SOCIAL SANITARI EN EL PACIENT CRÒNIC

### 2.1 MISSIÓ

- Treballar per a contribuir a millorar la qualitat de vida relacionada amb la salut de la persona amb malaltia crònica, les seves famílies i el seu entorn.
- Treballar per l'equilibri i estabilitat del funcionament social òptim/adequat.
- Contribuir al bon us dels serveis sanitaris.

### 2.2 RESPONSABLE

Treballador social sanitari

### 2.3 OBJECTIU DE LA INTERVENCIÓ

1. Identificar i avaluar les necessitats socials i el malestar psicosocial del pacient crònic generats per la malaltia, que en algun moment poden agreujar o dificultar la gestió de la complexitat sanitària.
2. Detectar situacions de risc social o de disfunció social i/o familiar.
3. Aportar la valoració i el diagnòstic social per tal de complementar la valoració integral del pacient crònic.
4. Intervenció de treball social sanitari en la disfunció social i/o familiar detectada.

### 2.4 DESTINATARIS

Pacients diagnosticats de malalties cròniques amb el criteri definit al territori i /o institució hospitalària.

### 2.5 ABAST DEL PROCES

S'inicia:

1. Cerca pro-activa ( EQA, SAP...)
2. A petició de:
  - Professionals referents de atenció a la cronicitat
  - Interconsulta
  - Professionals d'altres serveis de salut
  - Pacient / família
  - Professionals de serveis Benestar
  - Persones de la xarxa social i relacional

Finalitza

1. Al finalitzar el pla de treball pactat amb el pacient família i/o equip
2. Per rebuig del pacient i la família
3. Per canvi de domicili fora territori
4. Per èxits

---

## 2.6 ACTIVITATS QUE INCLOU EL PROCÉS

### **A1 Entrevista de treball social, amb el pacient i/o la família, orientada a la identificació del risc social i la disfunció social al centre o al domicili.**

- Informació al pacient i/o família sobre l'atenció al pacient crònic des de el treball social. Inclouent la informació sistemàtica sobre l'ús de les dades socials en la història clínica
- Recollida sistemàtica de dades en relació als àmbits:
  - Estructura familiar: Cuidador/-s, Relacions familiars i emocionals.
  - Situació sociofamiliar: xarxa de suport i de convivència.
  - Habitatge.
  - Situació laboral/ nivell d'estudis.
  - Situació econòmica.
- Recollida d'informació sobre expressió de malestar psicosocial que genera la situació de salut/malaltia (registre al curs clínic SAP/MEAP)
  - Vivència de malestar
  - Antecedents personals en la resolució i afrontament d'esdeveniments vitals estressants (EVE)
  - Antecedents del suport social-familiar per a l'afrontament d'EVE (Elements de suport familiar i punts forts/febles familiars i de la xarxa relacional).
  - Aspectes culturals, sistema de valors i creences
- Identificació de problemes/ necessitats psicosocials. Entre d'altres:
  - Famílies que presenten disfuncions o problemes socials i familiars per a la cura i atenció de les necessitats de salut del pacient.
  - Dificultat/ insuficiència econòmica per fer front a les despeses/imprevistos generats per la malaltia o derivats de la mateixa.
  - Dificultats en l'àmbit laboral
  - ...
- Identificació del suport social (formal i informal) que disposen per fer front a les necessitats de salut

### **A2 Recollida de dades psicosocials i de salut prèvies (dins i fora de l'equip –àrees del benestar-, ...)**

- Consulta de la història clínica
- Treball amb l'equip sanitari (sessions multidisciplinàries de valoració de casos, sessions clíniques,...)
- Treball de continuum amb altres serveis de treball social sanitari (Pades, Salut mental, sociosanitaris,...)
- Treball de coordinació efectiva amb altres serveis del benestar si s'escau (serveis socials d'atenció primària, serveis socials especialitzats en gent gran i persones amb discapacitats, serveis de justícia en situacions d'incapacitats,...)

### **A3 Definir el diagnòstic social del malalt en el seu entorn.**



---

#### **A4 Establir el pla d'intervenció social, en consens amb el malalt i/o família i amb l'equip sanitari**

El pla d'intervenció està centrat en el procés d'ajuda sociofamiliar i d'acceptació de l'ajuda si es necessari, ja sigui per donar-se situacions d'alteració de la situació social i familiar, de vulnerabilitat social i en definitiva de risc d'exclusió. En el pla d'intervenció també es té en compte l'orientació i assessorament als usuaris per a poder accedir a serveis i prestacions de serveis socials tercer sector.

El pla d'intervenció compren :

- Definir objectius de tractament.
- Acords i pautes per a disminuir malestar respecte les necessitats socials/psicosocials relacionades amb el problema de salut i les necessitats de salut determinades per la patologia.
- Seguiment amb d'acord amb la temporalitat definida.

#### **A5 Intervenció de Treball Social Sanitari.**

Treball social individual i familiar

- Acompanyar al malalt i la família en la comprensió de la malaltia i el procés que comporta en la seva realitat sociofamiliar.
- Ajudar al malalt en l'elaboració de la pèrdua d'autonomia i en l'elaboració de la resta de pèrdues derivades de la situació de salut i d'acord a les seves característiques socials i vivencials.
- Ajudar a expressar i canalitzar emocions, sentiments i estrès en el malalt i família, resultants de la situació de salut.
- Ajudar a reorganitzar els rols familiars entorn a les necessitats de salut.
- Fomentar la capacitat de cura i autocura del malalt i la seva família.
- Promoure la millora de l'autonomia en el domicili i l'accés a l'exterior.
- Promoure l'adquisició de competències personals que millori la qualitat de vida del pacient i el vincle amb l'entorn, evitant l'aïllament i l'exclusió social.
- Acompanyament al pacient en les seves necessitats emocionals.
- Reforçar/reactivar els recursos propis del malalt, la seva família i la seva xarxa de suport social i familiar.
- Oferir suport i contenció psicosocial al malalt i a la seva família segons necessitats.
- Realitzar informes i/o dictàmens socials adreçat a institucions sociosanitàries, institucions de justícia, i altres.
- Realitzar el seguiment de la intervenció.

Treball social d'orientació de serveis del benestar i recursos de suport

- Assessorar, informar i facilitar l'accés als serveis sociosanitaris.
- Orientació genèrica dels aspectes legals vinculats amb la malaltia.
- Assessorar, informar i facilitar la tramitació de sol·licitud de valoració de la discapacitat i les seves avantatges.
- Assessorar, informar i facilitar la tramitació de sol·licitud de situació de la dependència i les seves avantatges per a l'accés a serveis i recursos públics.

- Assessorar, informar sobre la supressió de barreres arquitectòniques de l'habitatge i l'entorn, així com dels possibles ajuts públics en aquest àmbit .
- Informar d'altres ajuts socials i tècnics, de suport al malalt per tal de facilitar la seva atenció al domicili en les condicions més òptimes i les vies d'accés.
- Assessorar, informar i facilitar l'accés al servei de préstec i reutilització de material ortopèdic.
- Assessorar sobre serveis i recursos socials i sanitaris especialitzats i del tercer sector, relacionats amb la salut ( associacions de malalts,...)
- Informar a l'equip sobre els serveis i recursos adreçats a aquests pacients.
- Realitzar seguiment de la intervenció, a criteri professional.

#### Treball social grupal

- Participació en grups de pacients experts, i altres grups
- Participació en grups de cuidadors

#### Treball social Comunitari

- Participar en taules i plataformes existents a la comunitat per tal de donar a conèixer i millorar l'atenció a aquests malalts.
- Coordinar amb els serveis i institucions de la comunitat per a millorar l'accés a recursos del benestar
- Contribuir a la detecció de noves necessitats socials en aquests malalts

### A6 Valoració i alta del procés

#### Causas de l' alta:

- Per èxits : Aplicar protocol d'atenció social al dol, si s'escau
- Per rebuig del pacient i la família : Cal registrar al MEAP/curs clínic SAP el motiu.
- Per canvi de domicili fora territori: Caldrà vincular-los amb els serveis del nou domicili.
- Al finalitzar el pla de treball pactat amb el pacient família i/o equip, en la història clínica ha de constar:
  - La valoració social realitzada
  - La identificació de la xarxa de suport social formal
  - La identificació de la xarxa de suport social informal

## 2.7 REGISTRES I DOCUMENTS RELACIONATS

Registre i Documentació generada durant el procés de atenció social a la cronicitat de treball social sanitari.

- Documentació bàsica generada a l'entrada al Procés.  
Cada servei, si s'escau, definirà l'especificitat de la documentació i registre de treball social generat a l'entrada.
- Documentació i registre durant el Procés.

---

Registre i monitoratge de Treball social: MEAP/Curs clínic en Ecap, SAP-SIUAC, fulls monitoratge definits en cada servei, full d'intel·ligència activa definit

- A Primària\_
  - Registre Ecap: mòdul de Treball Social, Diagnòstic social i activitats realitzades
  - Informe de valoració social .
  - Registre del dictamen tècnic, de la tipologia de valoració social i del continguts treballats en l'esfera del Pla de decisions Anticipades en el document PIIC ( Pla d'intervenció Individualitzat compartit. Apartat Valoració multi dimensional\_ text lliure)
  - Si El TS ha participat en la gestió del DVA: registre en el full corresponent de dades del pacient / Pla d'intervenció Individualitzat compartit (Apartat Pla de decisions anticipades \_ text lliure)
- A Hospitalària \_
  - Registre Mòdul TS SIUAC i Diagnòstic i activitats realitzades
  - Registre en SAP com a resposta a la interconsulta o al curs clínic del pacient.
  - Informe social de continuun a l'alta hospitalària si s'escau.

Recomanació d'escala a utilitzar per a complementar la valoració social:

- Escala de Gijón
- Escala de risc social \_ Tirs
- Escala de Barber
- Test de Duke-unk
- Test Apgar familiar
- Escala SAM de detecció de la claudicació familiar
- Qüestionari MOS de recolzament social

L' identificació de problemes, necessitats es realitzarà seguint la classificació diagnòstica CIE 10 Grup Z. En l'atenció hospitalària, l' identificació de la problemàtica social, es realitzarà mitjançant el quadre d'equivalències de diagnòstic socials a partir de sistema informàtic SIUAC

## 2.8 INDICADORS

De Procés

- Núm. de pacients atesos pel professional de TS en aquest procés respecte el nombre total de pacients PCC identificats
- Núm. de pacients MACA atesos pel professional de TS en aquest procés respecte el nombre total de pacients PCC identificats
- N° d'intervencions socials realitzades en aquest procés per processos clau:
  - Hospitalització
  - Urgències
  - Consultes Externes

---

#### De Resultats

- Viabilitat social de l'atenció a les necessitats de salut a domicili ( a partir del dictamen tècnic de la tipologia de valoració social )
- % intervencions socials realitzades segons recurs a l'alta (CSS llarga estada, CSS convallescència, pal·liatiu, psicogeriatria, HDD, domicili...).
- % intervencions realitzades amb informe de continuïtat a l'alta.

#### Qualitat percebuda

- N° de reclamacions rebudes ( en el servei corresponent ) del procés de Treball Social en pacients identificats PCC
- N° de suggeriments rebuts ( en el servei corresponent ) del procés de Treball Social en pacients identificats PCC.
- N° d'agraïments rebuts ( en el servei corresponent ) del procés de Treball Social en pacients identificats PCC.

---

### 3. BIBLIOGRAFIA

- Cartera de serveis de Treball Social Sanitari ICS. Des 2012
- Col·legi Oficial de Treballadors Socials de Catalunya “Funcions i competències dels treballadors socials de l'àmbit sanitari” Comissió de salut del COTSC.
- De Quadras, Silvia; Hernández, M<sup>a</sup> Àngels; Sellares, Marta. Validación de la escala de detección de la claudicación familiar: SAM. Revista de Treball Social. Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya, abril 2013, n<sup>o</sup> 198, pàgines 72-85. ISSN 0212-7210
- De Robertis, C. (1992) Metodología de la Intervención en Trabajo Social. Barcelona, El Ateneo Ensenyament Treball Social – Universitat Rovira i Virgili
- Payne, M (1995): “Teorías contemporáneas del Trabajo Social” Paidós Ibérica, S.A. Barcelona.
- Pla de Salut 2011-2015 de la Generalitat de Catalunya.
- PPAC. Programa de prevenció i atenció al crònic del Departament de Salut.
- Procés de Treball Social sanitari en l'atenció a la cronicitat. Gerència Territorial Lleida 2012
- Ranquet, M. ( 1996): Los modelos en trabajo social: intervención con personas y familias, Siglo XXI, Madrid.
- Zamanillo, T Gaitan, L.(1991): “Para comprender el Trabajo Social” Editorial Verbo Divino. Estella, Navarra.
- Zamanillo, T. (1987) Reflexiones sobre el método en Trabajo Social. Documentación Social, N<sup>a</sup> 69. Cáritas Española. Madrid

Test:

- Broadhead WE, Gehlbach SH, Degruy FV, Kaplan BH. (1988) The Duke-UNK functional social support questionnaire: measurement of social support in family medicine patients. Med Care 1988; 26: 709-23.
- De la Revilla L, Bailón E, Luna J, Delgado A, Prados MA, Fleitas L.(1991) Validación de una escala de apoyo social funcional para su uso en la consulta del médico de familia. Aten Primaria, 1991; 8: 688-92.
- Bellón JA, Delgado A, Luna JD, Lardelli P. Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar-familiar. Aten Primària 1996;18 (6): 289-295.

## Annexos

### ESCALA DE RISC SOCIAL TIRS:

INDICADORS DE RISC SOCIAL __ TIRS	
1. <b>Persona que viu sola o amb la família amb capacitat limitada de suport:</b> persona que no conviu amb ningú, o que conviu amb persones amb algun tipus de discapacitat (per motius d'edat, de malaltia o de disminució).	SI NO
2. <b>Persona amb relació familiar conflictiva:</b> fa referència a qualsevol tipus de conflicte familiar (desavinences, trencament de la relació,...).	SI NO
3. <b>Família amb dificultat per assumir la responsabilitat d'atenció al malalt:</b> les dificultats fan referència a motius laborals, càrregues familiars, esgotament i altres limitacions personals.	SI NO
4. <b>Condicions d'higiene personal inadequat o deficients:</b> definit en el mateix enunciat.	SI NO
5. <b>L'habitatge és inadequat a les necessitats del malalt:</b> fa referència a l'existència de barreres arquitectòniques, manca d'espai, humitats, manca de serveis bàsics (aigua, llum,...).	SI NO
6. <b>S'aprecia manca de recursos econòmics:</b> l'apreciació fa referència a la manifestació expressa del malalt i família, i també a la impressió dels professionals (observació).	SI NO
<b>Puntuació i Lectura:</b> 1 indicador positiu = Risc social	

## ESCALA GIJÓN DE VALORACIÓ SOCIOFAMILIAR EN LA PERSONA GRAN

Valoració inicial sociofamiliar en la persona gran per a la detecció de risc social. Administració: heteroadministrada.

Interpretació: inclou cinc àrees de valoració: situació familiar, situació econòmica, habitatge, relacions socials i suport de les xarxes socials.

<b>Situació familiar</b>	PUNTS
<ol style="list-style-type: none"> <li>7. <i>Viu amb la família, sense dependència física/psíquica.</i></li> <li>8. <i>Viu amb el cònjuge, d'edat similar.</i></li> <li>9. <i>Viu amb la família i/o cònjuge i presenta un cert grau de dependència.</i></li> <li>10. <i>Viu sol/a i té fills pròxims.</i></li> <li>11. <i>Viu sol/a i no té fills o viuen lluny.</i></li> </ol>	
<b>Situación Econòmica</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <i>Més d'1,5 vegades el salari mínim.</i></li> <li>2. <i>D'1,5 vegades el salari mínim fins al salari mínim exclusivament.</i></li> <li>3. <i>Del salari mínim fins a la pensió mínima contributiva.</i></li> <li>4. <i>LISMI-FAS-Pensió no contributiva<sup>17</sup></i></li> <li>5. <i>Sense ingressos o amb ingressos inferiors als de l'apartat anterior.</i></li> </ol>	
<b>Habitatge</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <i>Adequat a les necessitats.</i></li> <li>2. <i>Barreres arquitectòniques a l'habitatge o portal de la casa (esglaons, portes estretes, banys, etc.).</i></li> <li>3. <i>Humitats, mala higiene, equipament inadequat (sense bany complet, aigua calenta o calefacció).</i></li> <li>4. <i>Sense ascensor, telèfon.</i></li> <li>5. <i>Habitatge inadequat (barraques, habitatge declarat en ruïna, manca d'equipaments mínims).</i></li> </ol>	
<b>Relacions socials</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <i>Relacions socials.</i></li> <li>2. <i>Relació social només amb família i veïns.</i></li> <li>3. <i>Relacions socials només amb família o veïns.</i></li> <li>4. <i>No surt del domicili, rep visites de la família.</i></li> <li>5. <i>No surt, no rep visites.</i></li> </ol>	
<b>Suport Xarxa Social</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <i>Rep ajuda familiar o veïnal.</i></li> <li>2. <i>Voluntariat social, ajuda domiciliària.</i></li> <li>3. <i>No rep cap suport.</i></li> <li>4. <i>Pendent d'ingressar a una residència geriàtrica.</i></li> <li>5. <i>Rep cures permanents.</i></li> </ol>	

**PUNTUACIÓ TOTAL:**

**Lectura:**

**< 10 punts: normal o risc social baix.**

**10-16 punts: risc social intermedi.**

**≥ 17 punts: risc social elevat (problema social).**

**Valoració del recolzament social percebut.**

*Població diana: Població en general. Qüestionari autoadministrat amb 11 ítems i una escala resposta amb 5 possibilitats.*

*Puntuació en les respostes (rango entre 11 i 55). A menor puntuació, menor percepció de recolzament social .*

**Preguntes:**

<b>Instruccions per al pacient:</b> <i>A la llista següent es mostren algunes de les coses que altres persones poden proporcionar-nos o fer per a nosaltres. Esculli per a cadascuna de les preguntes següents la resposta que millor reflecteixi la seva situació, segons els següents criteris:</i>	<b>Molt menys del desitjo.</b>  <b>1</b>	<b>Menys del desitjo.</b>  <b>2</b>	<b>Ni molt ni</b>  <b>3</b>	<b>Quasi com de</b>  <b>4</b>	<b>Tant com desitj</b>  <b>5</b>
1. <b>Rebo visites dels meus amics i familiars.</b>					
2. <b>Rebo ajuda en assumptes relacionats amb casa meva.</b>					
3. <b>Rebo elogis i reconeixements quan faig bé la meva feina.</b>					
4. <b>Compto amb persones que es preocupen del què em succeeix.</b>					
5. <b>Rebo amor i afecte.</b>					
6. <b>Tinc la possibilitat de parlar amb algú dels meus problemes de la feina o de casa.</b>					
7. <b>Tinc la possibilitat de parlar amb algú dels meus problemes personals i familiars.</b>					
8. <b>Tinc la possibilitat de parlar amb algú dels meus problemes econòmics.</b>					
9. <b>Rebo invitacions per a distreure'm i sortir amb altres persones.</b>					
10. <b>Rebo consells útils quan em passa alguna cosa important a la meva vida.</b>					
11 <b>Rebo ajuda quan estic malalt al llit.</b>					

**PUNTUACIÓ TOTAL:**

Lectura:

Puntuació major o igual a 32 = recolzament social percebut normal

Puntuació menor a 32= recolzament social percebut baix



**Percepció de la funció familiar.**

*Població diana: Població en general. Qüestionari autoadministrat o heteroadministrat amb 5 ítems i una escala resposta amb 3 possibilitats*

<b>Instruccions</b> <i>Marca la resposta que millor s'ajusti a la seva situació personal.</i>	<b>0 punts</b> <b>= QUASI MAI</b>	<b>1punts</b> <b>= A VEGADES</b>	<b>2 punts</b> <b>= QUASI SEMPRE</b>
<b>1. Està satisfet amb l'ajuda que rep de la seva família quan te un problema?</b>			
<b>2. Conversen entre vosaltres els problemes que tenen a casa?</b>			
<b>3. Les decisions importants es prenen en conjunt a casa?</b>			
<b>4. Està satisfet amb el temps que vostè i la seva família passen junts?</b>			
<b>5. Sent que la seva família l'estima?</b>			

**PUNTUACIÓ TOTAL**

**Lectura:**

- Normofuncional: 7 - 10 punts
- Disfuncional leve: 3 – 6 punts
- Disfuncional grave: 0 – 2 punts

## QÜESTIONARI MOS - RECOLÇAMENT/SUPORT SOCIAL

Les següents preguntes es refereixen al suport o ajuda que vostè disposa:

1. - Aproximadament, quants amics íntims o familiars propers té vostè? (persones amb les que se sent a gust i pot parlar sobre tot el que se li ocorre)

Escriu el número de amics íntims i familiars propers: \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_

Tots busquem a altres persones per trobar companyia, assistència o altres tipus d'ajuda. Amb quina freqüència disposa vostè de cada un dels tipus de suport quan ho necessita?

### MOS \_\_ APOYO SOCIAL:

	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	La mayoría de veces	Siempre
2. Alguien que le ayude cuando tenga que estar en la cama	1	2	3	4	5
3. Alguien con quien pueda contar cuando necesita hablar	1	2	3	4	5
4. Alguien que le aconseje cuando tenga problemas	1	2	3	4	5
5. Alguien que le lleve al médico cuando lo necesita	1	2	3	4	5
6. Alguien que le muestre amor y afecto	1	2	3	4	5
7. Alguien con quien pasar un buen rato	1	2	3	4	5
8. Alguien que le informe y le ayude a entender una situación	1	2	3	4	5
9. Alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones	1	2	3	4	5

10. Alguien que le abrace	1	2	3	4	5
11. Alguien con quien pueda relajarse	1	2	3	4	5
12. Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo	1	2	3	4	5
13. Alguien cuyo consejo realmente desee	1	2	3	4	5
14. Alguien con quien hacer cosas que le ayuden a olvidar sus problemas	1	2	3	4	5
15. Alguien que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo	1	2	3	4	5
16. Alguien con quien compartir sus temores o problemas más íntimos	1	2	3	4	5
17. Alguien que le aconseje como resolver sus problemas personales	1	2	3	4	5
18. Alguien con quien divertirse	1	2	3	4	5
19. Alguien que comprenda sus problemas	1	2	3	4	5
20. Alguien a quien amar y hacerle sentirse querido	1	2	3	4	5

El primer ítem informa sobre la mida de la xarxa social. La resta dels ítems conformen quatre escales que mesuren:

- **Suport emocional:** ítems 3,4,8,9,13,16,17 i 19. Puntuació màxima: 40, mitjana: 24 i mínima: 8.
- **Ajuda material o instrumental:** ítems 2,3,12 i 15. Puntuació màxima: 20, mitjana: 12 i mínima: 4.
- **Relacions socials d'oci i distracció:** ítems 7,11,14 i 18. Puntuació màxima: 20, mitjana: 12 i mínima: 4.
- **Suport afectiu referit a expressions d'amor i afecte:** ítems 6,10 i 20. Puntuació màxima: 15, mitjana: 9 i mínima: 3.

L'índex global màxim de suport social és de 94, amb un valor mitjà de 57 i un mínim de 19.

## QÜESTIONARI BARBER - RECOLÇAMENT/SUPORT SOCIAL

### Detecció d'ancians amb risc de dependència

Instrument de cribatge, per estimar el risc de dependència a nivell comunitari . Valora el risc de dependència en persones grans residents a la comunitat amb l'objectiu d'intentar evitar l'aparició de dependència i institucionalització. L'objectiu de l'instrument és la detecció en fase preclínica d'un deteriorament funcional previ al desenvolupament de dependència, per poder posar en marxa mesures preventives i de promoció de la salut

Escala autoaplicada o heteroadministrada. Consta de nou ítems amb resposta sí/no. Cada resposta afirmativa equival a un punt

	Sí / No
1. Viviu sol/a?	
2. Si necessiteu ajuda, us trobeu sol/a?	
3. Hi ha més de dos dies a la setmana en què no mengeu res de calent?	
4. Necessiteu algú que us ajudi sovint?	
5. La vostra salut us impedeix sortir al carrer?	
6. Sovint teniu problemes de salut que us impedeixen valer-vos per vos mateix/a?	
7. Teniu dificultats de visió?	
8. Us és molt difícil mantenir una conversa perquè hi sentiu malament?	
9. Us han ingressat a l'hospital l'últim any?	
Hi ha situació de risc?	
Cada resposta afirmativa té el valor d'1 punt. Un punt o més indiquen situació de risc.	

**PUNTUACIÓ TOTAL**

**Lectura:**

*Una única resposta afirmativa es considera indicativa de risc de dependència en persones grans.*

## ESCALA DE CLAUDICACIÓN SAM DEFINITIVA

V1	¿El enfermo necesita recibir cuidados en su cuerpo, con material específico: lesiones de piel, sondas, drenajes, medicación enteral y/o parental?	No = 0 Sí = 1	
V2	¿Estos cuidados complejos son asumidos por usted?	No = 0 Sí = 1	
V3	¿Tiene limitaciones físicas y/o psíquicas, que impiden cuidar al enfermo	No = 0 Sí = 1	
V4	¿Tiene otras dificultades prácticas y/o de organización que impiden cuidar al enfermo?	No = 0 Sí = 1	
V5	¿Vive el hecho de cuidar al enfermo como una obligación?	No = 0 Sí = 1	
V6	¿Ha tenido pérdidas de otros miembros que repercuten en su estado emocional y la aceptación de la situación actual?	No = 0 Sí = 1	
V7	¿Ha tenido pérdidas económicas, laborales y/o sociales que repercuten en su estado de ánimo y de adaptación a la nueva situación?	No = 0 Sí = 1	
V8	¿Tiene dificultades para cubrir la totalidad de las atenciones requeridas por el enfermo a causa de la distancia entre su domicilio y el de él?	No = 0 Sí = 1	
V9	¿Piensa que el domicilio tiene las condiciones y equipamientos adecuados para garantizar el tratamiento y el cuidado del enfermo?	Sí = 0 No = 1	
V10	¿Cree que la familia tiene la capacidad para hacer frente a la realidad actual?	Sí = 0 No = 1	
V11	¿Cree que la familia valora el cuidado y atenciones que usted ofrece al enfermo?	Sí = 0 No = 1	
V12	¿Tiene miedo y/o temor por los acontecimientos previsibles en relación a la enfermedad?	No = 0 Sí = 1	
TOTAL			

PUNTUACIÓN	0 - 4	No claudicación
	5 - 8	Riesgo claudicación
	9 - 12	Claudicación



[www.portalics](http://www.portalics.com)