



**EXPERIÈNCIA D'ÚS I RESULTATS D'UNA ESCALA
DE VALORACIÓ SOCIOFAMILIAR EN ANCIANS
PER PART DE TREBALLADORS SOCIALS EN SERVEIS
SOCIALS I SANITARIS A LA COMARCA D'OSONA**

V PREMI DE RECERCA EN TREBALL SOCIAL "DOLORS ARTEMAN"

AUTORES

CARME GUINOVART GARRIGA

EVA ROVIRA SOLER

ANNA RUFÍ VILÀ



**COL·LEGI OFICIAL
DE TREBALL SOCIAL
DE CATALUNYA**

EXPERIÈNCIA D'ÚS I RESULTATS D'UNA ESCALA DE VALORACIÓ SOCIOFAMILIAR EN ANCIANS

PER PART DE TREBALLADORS SOCIALS
EN SERVEIS SOCIALS I SANITARIS
A LA COMARCA D'OSONA

**Carme Guinovart Garriga
Eva Rovira Soler
Anna Rufí Vilà**



**COL·LEGI OFICIAL
DE TREBALL SOCIAL
DE CATALUNYA**

Amb el suport de



Generalitat de Catalunya
**Departament de Benestar Social
i Família**



**Diputació
Barcelona**



Ajuntament de L'Hospitalet

V PREMI DE RECERCA EN TREBALL SOCIAL "DOLORS ARTEMAN"

Membres del Jurat

Sra. Núria Carrera i Comes (Presidenta del Jurat)

Dra. Ana Berga Timoneda

Dr. Jordi García Viña

Sra. Anna Jardí Ramos

Dra. Ma. Pilar Massana Llorens

Sr. Damian del Olmo Vera

Dr. Xavier Pelegrí i Viaña

Dra. Carmina Puig i Cruells

Sra. Ma. Cinta Ramírez Roca

Dra. Ma. Glòria Rubiol González

Dra. Pilar Solanes Salse

Dra. Irene De Vicente Zueras

Experiència d'ús i resultats d'una escala de valoració sociofamiliar en ancians per part de treballadors socials en serveis socials i sanitaris a la comarca d'Osona

AUTORES

Carme Guinovart Garriga

Treballadora social. Hospital de la Santa Creu. Vic.

Eva Rovira Soler

Treballadora social. Serveis Socials Bàsics de Centelles.

Anna Rufí Vilà

Treballadora social. Coordinadora de Serveis Socials del Consell Comarcal d'Osona

COL·LABORADORES

Miriam Clopés Coll

Treballadora social. ABS Tona.

Laura Hernández Flix

Treballadora social. ABS Sant Hipòlit de Voltregà (en data estudi)

Sílvia Madrid Alejos

Treballadora social. Consorci d'Osona de Serveis Socials.

Marta Pratsobrerroca Pujol

Treballadora social. Mancomunitat la Plana (en data estudi)

Anna Solà Puigoriol

Treballadora social. Serveis Bàsics de Torelló.

Núria Viñas Segalés

Treballadora social. Referent Prodep Osona. Tècnic de Serveis Socials del Consell Comarcal d'Osona.

Amb el suport del Dr. Pere Roura, metge epidemiòleg del servei d'epidemiologia clínica del Consorci Hospitalari de Vic

Editat pel

Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya

ISBN: 978-84-615- 4950-4

Dipòsit Legal: B. 41166-2011

Presentació

Tenim entre mans un treball de recerca elaborat des d'una experiència concreta de pràctica professional del treball social per part d'un grup de companyes nostres.

Aquest treball ha estat guardonat en la convocatòria del V Premi de Recerca Dolors Arteman que cada dos anys convoca el Col·legi Oficial de Diplomats en Treball Social i Assistents Socials de Catalunya.

Ja fa uns anys que el nostre col·legi professional va posar en marxa aquest premi, amb l'objectiu de promoure la recerca i de potenciar la transferència de coneixements i la construcció d'un discurs teòric en l'àmbit social a partir d'experiències concretes dels professionals del treball social.

Seguint l'esperit inspirat per la nostra companya Dolors Arteman, que ens va deixar ja fa uns anys, volem seguir construint, aprofundint, millorant... tant el nostre coneixement com la nostra pràctica professional en l'atenció directa que fem dia a dia. Una tasca que duem a terme des d'un coneixement teòric i empíric, però alhora fonamentada en uns valors molt concrets de servei i atenció a les persones, que són les autèntiques protagonistes en la construcció de la seva pròpia trajectòria vital. La nostra tasca se sustenta en uns principis ètics que ens permeten posar-nos al servei de la construcció d'una societat més justa i solidària.

Tanmateix, al llarg de les nostres vides, les treballadores i treballadors socials hem anat adquirint coneixement i experiències fonamentals que ens han possibilitat realitzar-nos com a persones i com a professionals. Però alhora, amb aquest coneixement i experiència rebuts d'altres persones, ens veiem amb la responsabilitat de transferir-lo als altres, tant les experiències positives com les que no ho han estat tant però que ens han permès avançar en la nostra praxi.

Per aquests motius, des del Col·legi Oficial de Diplomats en Treball Social i Assistents Socials de Catalunya assumim la nostra responsabilitat i volem seguir oferint espais que ens permetin aprofundir, potenciar i millorar l'atenció social des de l'evidència en l'atenció a les persones i des de la recerca realitzada pels mateixos treballadors i treballadores socials.

Finalment, vull agrair la tasca realitzada per les autores d'aquest estudi premiat pel Col·legi, Carme Guinovart Garriga, Eva Rovira Soler i Anna Rufí Vilà, i les persones col·laboradores, Miriam Clopés Coll, Laura Hernández Flix, Sílvia Madrid Alejos, Marta Pratsobrerroca Pujol, Anna Solà Puigoriol, Núria Viñas Segalés i Pere Roure.

Núria Carrera
Degana

Pròleg

PREMI DOLORS ARTEMAN - 2011 EXPERIÈNCIA D'ÚS I RESULTATS D'UNA ESCALA DE VALORACIÓ SOCIOFAMILIAR EN ANCIANS PER PART DE TREBALLADORS SOCIALS EN SERVEIS SOCIALS I SANITARIS A LA COMARCA D'OSONA

Em complau i és un plaer per a mi presentar aquest llibre producte de l'estudi guanyador del V Premi de Recerca en Treball Social Dolors Arteman, per diversos motius i especialment per ser un treball rigorós, fet per professionals del treball social des de la seva pràctica i adreçat als treballadors socials amb la finalitat de millorar l'avaluació i l'atenció de les persones grans.

La recerca centrada en situacions i fenòmens que afecten directament persones grans o d'edat avançada és prioritària, perquè un dels trets més característics de la nostra societat és l'envelliment de la població i especialment el sobreenvelliment. L'impacte d'aquests fets abasta diversos fronts: el social i familiar, el sanitari (socio sanitari) i l'econòmic. També s'observa l'aparició de noves formes d'intervenció holística amb fenòmens que fins el moment no existien, com són les diverses formes de maltractament a les persones grans.

El desafiament actual consisteix a abordar de manera positiva l'evolució demogràfica i a no considerar el fenomen de l'envelliment com una càrrega per a la societat i les famílies, ni tampoc veure-la com una amenaça individual.

Socialment l'edat se sol relacionar amb la pèrdua de capacitats funcionals i instrumentals per dur a terme les activitats de la vida quotidiana. La vellesa pot ser tant una etapa de pèrdues com una etapa de plenitud, depèn molt de les oportunitats i els recursos que les persones tinguin al llarg de la seva vida. Tradicionalment la concepció predominant de la vellesa ha estat com una etapa de mancances de tota mena: econòmiques, físiques, cognitives i socials. La potenciació de les garanties derivades del reconeixement dels drets de les persones grans com a beneficiàries i com a responsables de si mateixes i de la seva família genera un

canvi de paradigma fonamentat en l'empoderament de les persones grans i en una societat integrada per totes les edats.

En el moment en què el professional o l'equip de treball social ha de mesurar, amb un grau d'objectivitat elevat, la informació obtinguda mitjançant diverses fonts, com són la mateixa persona gran objecte d'atenció, els membres de la família o altres agents que hi intervenen, ens podem plantejar: quins són els instruments o eines que es poden utilitzar per obtenir la mesura desitjada? Aquesta investigació aporta elements per resoldre aquesta qüestió.

Les autores de l'estudi afirmen que l'entrevista és la tècnica utilitzada pels professionals del treball social més rellevant per aconseguir la informació necessària a fi de poder elaborar una valoració social acurada. L'ús d'eines complementàries, com les escales, ajuda a confirmar o no la valoració inicial. L'eina ideal no existeix, a causa de la dificultat i la interferència dels elements emocionals, i també per la gran complexitat que sorgeix de les situacions que es tracten.

Hi ha una tendència positiva a utilitzar escales o instruments de valoració social, concretament en l'abordatge de situacions de les diferents formes de maltractaments a les persones grans. En l'estudi queden clares i anunciades les diferents eines útils i validades per poder aplicar-les des de l'àmbit del treball social, tant de la vessant salut com de serveis socials. Podem trobar eines dirigides a l'obtenció d'informació per part de l'observador professional de la persona gran víctima (EASI - Índice de Sospecha de Maltrato hacia Personas Mayores), i també eines dirigides a l'avaluació de les persones que en tenen cura (Zarit).

Certament, la Valoració Geriàtrica Integral té un recorregut extens i una efectivitat reconeguda quan s'avaluen ancians fràgils o en situació de risc. No passa el mateix amb la Valoració Social i/o Familiar. Els motius d'aquesta gran diferència (aprofito per dir que aquest pot ser un tema de recerca important per al futur) els podem trobar en elements com la complexitat de l'objectivitat versus la subjectivitat i la dificultat de mesurar aquesta variable.

Els mecanismes que promou la relació assistencial generen sentiments, frustracions, impotència, culpabilitat, fantasies o estereotips entre la persona objecte de la nostra intervenció i el professional, la qual cosa pot generar un distanciament, una contratransferència o una neutralitat, i d'aquesta manera alterar l'avaluació que es fa de la situació. La persona gran pot refusar o es pot resistir a acceptar i participar de les propostes derivades de l'avaluació, amb tot el que pot significar respectar les seves decisions.

El treball social especialitzat amb persones grans s'inicia al nostre país i d'una forma molt bàsica a la dècada dels anys 70, amb la incorporació del professional a les estructures que deriven de la implementació i desenvolupament del primer Pla Gerontològic Nacional, amb

l'ajuda a domicili, els centres diürns i els centres residencials. Al principi les intervencions se centraven més en el treball individual i familiar, posteriorment el grupal i més endavant el comunitari. Així, des de la praxi es va construir, lentament, l'especialització, fins arribar a la situació actual.

Amb molta recurrència es comenta que els professionals del treball social disposen de moltíssima informació, fonamental i bàsica per poder generar, ampliar i millorar el coneixement, però el que sembla és que la sistematització, la projecció i la divulgació de la praxi queda relegada, o no surt a la llum, per culpa d'una dificultat tan real com és la manca de temps.

L'actual implementació del Pla d'Estudis del títol corresponent a l'ensenyament de Grau en Treball Social, centrat en els principis de Bolonya, ha permès generar canvis, no solament relatius a l'augment del nombre de crèdits, la qual cosa ha comportat passar de tres a quatre anys acadèmics, sinó que també s'ha fet un replantejament de les matèries i assignatures basant-se en el consens dels agents implicats, és a dir docents, professionals, col·legi professional i estudiants, entre d'altres. En el Pla d'Estudis de Diplomatura, i amb més dimensió en l'actual Títol de Grau, la matèria de recerca inclou assignatures dissenyades per treballar la recerca en treball social. Així doncs, és oportú afirmar que els professionals titulats en treball social gaudeixen de la formació acadèmica bàsica per fer front a estudis de recerca.

El nivell de formació següent el trobem en l'ensenyament oficial de màsters universitaris. Es comencen a oferir programes de màster que s'adapten a les necessitats, tant professionalitzadores com d'investigació, dels treballadors socials, encara que lentament es van fent gestions amb la Universitat per incrementar l'oferta.

Des de l'any 2008, el Departament de Treball Social i Serveis Socials de la Universitat de Barcelona va posar en funcionament una línia de doctorat adaptada a l'Espai Europeu d'Educació Superior denominada Treball Social, Serveis Socials i Política Social. Aquest fet tan rellevant permet als titulats en Treball Social poder optar per prolongar la seva preparació acadèmica i combinar-la amb l'obtenció del màxim grau universitari, que és l'obtenció del Doctorat. Aquesta opció ve a suplir la tan i tan reivindicada llicenciatura en Treball Social, per la qual tantes accions es van dur a terme, des de diferents fronts, a fi d'intentar aconseguir-la. Ara, amb aquesta línia de doctorat específica de treball social, aconseguirem un avenç i un aprofundiment fonamental de coneixement, i en conseqüència del corpus teòric.

El treball d'aquest estudi és summament valuós, ja que la proposta que es presenta de modificació i actualització de l'Escala de Gijón (TS/O) permet detectar, entre altres situacions, sospites o evidències de situacions de maltractament amb persones grans de diversos tipus, com són la negligència, la vulneració de drets, l'aïllament social o la solitud, formes que

estan estretament relacionades amb els factors de risc i que permetran intervenir amb la implementació de programes de prevenció primària. Al llarg de tot el document, fruit de l'estudi, es presenten anàlisis i reflexions fonamentals, referents als principis ètics bàsics de la intervenció, com el de l'autonomia, entès com la llibertat d'elecció, i per tant l'acceptació de la pròpia responsabilitat d'actuar, llibertat d'elecció, absència de coacció i elecció basada en la racionalitat d'un consentiment.

Des d'aquí encoratgem els professionals del treball social en el camp de la gerontologia perquè la seva tasca surti a la llum i ens aportï coneixements, com s'ha fet en aquest treball de C. Guinovart, E. Rovira, A. Rufí, M. Clopés, L. Hernández, S. Madrid, M. Pratsobrerroca, A. Solà i N. Viñas.

A les autores moltes gràcies per la seva dedicació i entusiasme per fer la tasca descrita en l'estudi i per les aportacions que, com a docent i investigadora, referenciaré en els espais formatius i de recerca.

Barcelona, 14 de setembre de 2011

Dra. C. Mercè Tabueña Lafarga

Professora titular

Departament de Treball Social

Facultat de Pedagogia

Universitat de Barcelona

Índex

Presentació	3
Pròleg	5
Agraïments	11
1. Introducció	13
2. Marc teòric	17
1. L'estat de la qüestió en la valoració de necessitats en la població anciana	17
2. La valoració geriàtrica integral, la tècnica de treball	19
3. La funció social com a dimensió de la valoració geriàtrica integral	23
4. La metodologia de la funció social. La dificultat de mesurar.....	31
5. L'Escala de Valoració Sociofamiliar de Gijón: estructura i experiència d'ús	34
6. Treball social i ús d'escales. Àmbits i experiències.....	38
3. Desenvolupament de la recerca	43
1. Antecedents	43
2. Objectius generals i específics de la recerca.....	44
3. Objectiu general 1: consensuar una nova versió d'una escala de valoració sociofamiliar per adaptar-la a la casuística de treball social.....	45
4. Objectiu general 2: aplicació de la versió consensuada a una mostra de població geriàtrica amb objectius descriptius d'observació d'ús i resultats.....	57
1. Hipòtesi, disseny i mètode	57
2. Resultats.....	59

4. Discussió i conclusions	79
5. Bibliografia	87
Annex 1	95
Figura 1. Graella de versions comparades de l'Escala de Gijón	95
Figura 2. Versió número 4 Miralles-Sabartés-Ferrer	96
Figura 3. Versió de l'Escala de Gijón modificada. Versió TSO	98
Figura 4. Full de recollida de dades	99
Llista de sigles, acrònims i definicions	100
Annex 2	101
Manual d'ús de l'Escala Sociofamiliar de Gijón. Versió TSO	101

Agraïments

Agrair és un sentiment agradable vers algú de qui hem rebut un bé. L'agraïment és per la seva pròpia naturalesa un acte de correspondència entre persones, un intercanvi que va més enllà del fet mateix del que hem rebut i que ens implica i ens vincula afectivament amb els altres, familiars, amics, companys... Aquest és avui el nostre sentiment cap a moltes persones que han fet possible el treball que avui teniu a les mans.

Amb molt de gust agraïm al Col·legi de Treballadors Socials i Assistents Socials de Catalunya la seva aposta perseverant per la Convocatòria del V Premi de Recerca "Dolors Arteman", que ens recorda a tots els treballadors socials que la nostra feina pren volada en el moment en què fem l'esforç d'observar-la i reflexionar-la, però sobretot d'escriure, difondre i comparar el que aprenem de la realitat social en el procés de treballar-hi.

A l'alegria immensa que vam tenir en rebre la trucada de la presidenta del Col·legi, la Sra. Núria Carrera, un matí d'abril, la va seguir un sentiment de profunda gratitud que vam tenir el goig de poder expressar públicament en el solemne i alhora acollidor acte de lliurament del premi.

La presència dels representants de l'Ajuntament d'Hospitalet, la Diputació de Barcelona i la Generalitat de Catalunya, amb la consellera Sra. Carme Capdevila, que amb la seva col·laboració fan possible el premi, així com la d'insignes companyes i companys de professió, familiars i amics, va deixar-nos un record inesborrable d'aquella tarda de juny.

Volem agrair també a tots els membres del jurat la seva feina, i en especial a la Sra. Irene de Vicente, que en representació d'aquest ens va fer arribar els suggeriments necessaris per tal que el text definitiu del treball sigui millor.

Un agraïment imprescindible al Consell Comarcal d'Osona, en concret al Departament de Serveis Socials, que va impulsar el grup de treball que va fer la recerca i que en la darrera fase va donar el suport econòmic per fer l'anàlisi de les dades a través de la FORES (Fundació Osona per la Recerca), i que continua treballant amb l'objectiu final que els resultats obtinguts puguin tenir una aplicació pràctica en la feina dels treballadors socials a la comarca.

I també volem agrair al Dr. Pere Roura, epidemiòleg del CHV, la seva implicació en el projecte, més enllà del compliment estricte de les seves obligacions professionals, i la seva capacitat per fer-nos fàcil la feixuga tasca d'analitzar les dades.

Un agraïment que, tot i que moltes vegades hem fet personalment, hem de repetir: a les treballadores socials membres del grup de treball, que des del primer moment, amb la seva motivació, entusiasme i confiança en la feina que volíem fer plegades, van ser el veritable motor del projecte. Per a vosaltres Núria Viñas, Marta Pratsobrerroca, Anna Solà, Míriam Clopés, Laura Hernández i Silvia Madrid, les gràcies i molt més.

A la Bet, per la seva ajuda en la posada a punt del text del treball.

A tothom de qui hem après en el nostre camí professional, però sobretot als companys i companyes treballadors socials i als altres professionals amb qui compartim colze a colze el quefer de cada dia als nostres respectius llocs de treball, quan a través d'inquietuds compartides ens han plantejat reptes...; agràides a tots pel que ens heu ensenyat i pel vostre suport en el nostre aprenentatge. Tots ens heu ajudat a arribar fins aquí.

El treball que hem dut a terme ha significat un esforç professional però també personal important, per això un agraïment especial i molt gran a les nostres famílies, que han viscut el dia a dia del projecte a través de les nostres dificultats i avenços i les hores de dedicació. Amb ells hem compartit ara també l'alegria del premi i del reconeixement que significa.

Vic, maig 2011

Introducció

L'exercici del treball social, per la seva pròpia naturalesa, permet una observació de primera línia dels canvis que es produeixen a la societat. El desenvolupament de l'Estat del Benestar al nostre país, durant els anys 80 i 90, va propiciar la implementació i desenvolupament dels serveis socials, i els treballadors socials vàrem consolidar progressivament la nostra feina tant en els àmbits de l'atenció directa, de la gestió de serveis i de la docència. Durant força anys s'han donat les condicions necessàries per créixer com a professió i començar a focalitzar també part dels nostres interessos cap a l'anàlisi de la realitat en què treballem. En els darrers anys tots els treballadors socials estem notant en el nostre exercici diari l'efecte de grans canvis socials (envelliment poblacional, immigració, crisi econòmica...). Aquesta situació ha afegit un element important de pressió en tots els serveis d'atenció a les persones. Aquest fet, conjuntament amb la tradicional focalització del nostre esforç professional cap a l'atenció directa (que continua essent majoritària), pot haver alentit l'evolució natural cap a la producció de coneixement específic, que és l'objectiu de la recerca en qualsevol àmbit professional.

Analitzar, observar la relació entre els fenòmens amb què treballem a diari, comprendre millor la realitat que tenim al davant, forma part de la finalitat del treball social en el seu compromís de construcció d'un món millor i d'un individu més autònom.

La situació de canvi social que s'ha anat gestant des del canvi de segle, amb fenòmens globals dins del món occidental com són els moviments migratoris Sud-Nord, l'envelliment poblacional i més recentment la crisi econòmica estan formant un escenari d'exercici professional nou. El treballador social té al seu davant, d'una banda, la pressió poblacional de persones amb situacions de necessitat diverses i amb els drets reconeguts perquè siguin ateses, i de l'altra la

reducció dels pressupostos públics de les polítiques de benestar.

La mesura de l'eficàcia de les actuacions en els àmbits psicosocials ha estat sempre una tasca difícil, per la pròpia naturalesa del tipus de resultat a mesurar, però també és veritat que ha costat i està costant que els treballadors socials incorporin sistemes que facilitin fer-ho.

La intervenció eficaç es basa en el coneixement, per això creiem que la recerca ha de ser part del nostre compromís professional amb els objectius del treball social. Si sempre ha estat necessari ser eficaços, en l'escenari de treball actual ho és més que mai, i caldria que, fent de la necessitat virtut, poséssim la imaginació i l'esforç necessaris per incorporar la recerca als nostres àmbits quotidians de treball.

El treball que teniu a les mans és, en la seva modèstia, un intent d'incorporar la producció de coneixement en aquest dia a dia tan atafegat que tots patim. El fet que ens unia i del qual vàrem partir és que diversos professionals dels àmbits social i sanitari, de primària i especialitzats, compartíem intervenció en un àmbit de treball determinat: els ancians.

L'envelliment poblacional i el reconeixement dels drets a serveis i prestacions públiques a les persones amb dependència ha universalitzat l'accés als serveis socials d'aquest col·lectiu, molt gran en nombre i en necessitats. El paper del treballador social és cabdal en el sistema d'assignació del recurs adequat a les necessitats de l'ancià i al seu entorn social. La idea inicial que va desencadenar tot el treball tenia un rerefons ètic: ens preocupava l'equitat en l'accés als recursos i vàiem necessari trobar eines que ens permetessin introduir elements d'objectivitat consensuats en la valoració del risc social de les situacions quan calia introduir recursos públics.

La nostra proposta es basa en la incorporació de dos elements a la pràctica conjunta d'un grup de professionals que en aquest cas compartíem l'atenció als ancians: la sistematització de la recollida d'informació amb eines i llenguatge comú i el treball en xarxa.

Durant dos anys vam treballar per posar-nos d'acord en una mesura de valoració de risc social, per aplicar-la amb els mateixos criteris i en forma de registre. Un cop consolidat aquest pas, i en una segona fase, vam tenir les eines per observar la nostra realitat i plantejar-nos hipòtesis per confirmar.

Creiem que, a part del treball en si i dels resultats obtinguts amb la nostra mostra, el que pot tenir interès per a tot el col·lectiu professional és la constatació que, per la seva senzillesa, el plantejament de fons és perfectament extensiu a qualsevol àmbit de treball en què intervinguin els treballadors socials: l'acord en la sistematització de l'observació i el treball conjunt en grups de professionals d'un mateix servei o de serveis diversos que intervinguin en el mateix àmbit de treball.

Creiem sincerament, i encara més després d'aquesta experiència, que el treball col·lectiu és la clau per avançar en el coneixement en els àmbits de la pràctica de primera línia d'atenció on treballem la gran majoria de nosaltres.

És veritat que en altres esferes professionals hi ha dades que ens permeten ser optimistes, ja que s'estan donant les condicions perquè a mitjà termini la recerca formi part de l'actiu del treball social al nostre país. La implementació dels estudis de Grau de Treball Social i l'accés dels treballadors socials als màsters universitaris (amb la realització respectivament dels treballs de final de grau i de treballs de recerca de final de màster) dibuixa una situació totalment nova pel que fa tant a la formació en metodologia d'investigació com pel paper de la Universitat com a motor de la recerca també en els àmbits de pràctica diària dels professionals.

En l'àmbit que hem treballat, el dels ancians, la integració de serveis socials i sanitaris s'apunta com la fórmula de treball més eficaç i eficient. En tots els àmbits de treball d'ajut a les persones la complexitat és una característica comuna, i per fer-hi front cal que totes les disciplines professionals posem tot el que cal de la nostra part per construir la fortalesa del nostre coneixement específic. Els treballadors socials tenim un punt de mira privilegiat sobre les persones i el món que hem de treballar per convertir-lo en coneixement científic, per aportar-lo en igualtat de valor a les aportacions de totes les disciplines involucrades en els processos d'ajut.

Marc teòric

1. L'estat de la qüestió en la valoració de necessitats en població anciana

L'atenció a la població geriàtrica, tant per les seves característiques com per la seva magnitud, s'ha constituït en un àmbit de treball cada cop més específic per a la xarxa de serveis sanitaris i socials.

Un dels canvis demogràfics més substancials a la majoria de països durant els darrers 50 anys ha estat l'increment de l'esperança de vida per a la població, amb el consegüent increment del percentatge de persones més grans de 60 anys (OMS, 2010). A l'Estat espanyol aquest fet és especialment significatiu, ja que l'esperança de vida mitjana és de 84,3 anys per a les dones i de 78,3 anys per als homes, una de les més altes del món. La discapacitat a Espanya és bàsicament un problema de gent gran, ja que el 57,9% del total de persones amb discapacitat té 65 anys o més (IMSERSO, 2008). L'allargament de la vida i l'efecte de les malalties cròniques que s'hi associen fa que alguns d'aquests anys es visquin amb dependència. Tot i el progressiu desenvolupament de les atencions sanitàries i socials cap aquest col·lectiu, el decalatge entre l'allargament de la vida i la qualitat d'aquesta (com viure bé aquests anys "de més") encara constitueix un repte de gran magnitud per als sistemes d'atenció. És del tot conegut que en el moment actual els ancians constitueixen un grup de població que genera moltes necessitats, i que el seu consum de recursos sanitaris i socials s'ha incrementat considerablement (SEGG, 2000), (IMSERSO, 2006), (IMSERSO, 2008).

L'objectiu a assolir en els propers anys serà viure aquests anys lliures de dependència, tan sovint associada a l'evolució de les malalties, discapacitats i handicaps que es presenten en aquest període vital.

És coneguda la importància de la vinculació intrínseca entre la salut humana i les seves condicions socials, així com els beneficis per a qualsevol grup poblacional d'enfocar l'atenció a les seves necessitats des de la consideració de la seva globalitat. Però si hi ha un grup poblacional que se'n pot beneficiar clarament, aquest és el de les persones grans.

Els ancians han de conèixer amb l'equilibri permanent entre les progressives necessitats que van tenint i la seva capacitat per fer-hi front. Tant les seves necessitats com les seves capacitats són globals i constitueixen un tot. Així doncs, són físiques, mentals, emocionals i socials. El desitjat equilibri que els permet viure de manera independent es pot trencar quan es produeixen canvis en qualsevol d'aquestes àrees, essent la més comuna l'aparició de la malaltia, alhora que un canvi en una de les àrees té habitualment repercussions en totes les altres. Els ancians són altament sensibles als canvis en el seu entorn, i una aproximació global a l'atenció de les seves necessitats que inclogui els aspectes socials es fa imprescindible en el desenvolupament dels plans d'atenció que se'ls adrecen.

Les especials característiques de la presentació dels problemes de salut en els ancians i la progressiva constatació d'un exclusiu apropament biomèdic als seus problemes està en el fons del naixement de la geriatria com a atenció especialitzada a aquest grup de població (SEGG, 2010).

L'atenció geriàtrica especialitzada es va anar desenvolupant a partir dels anys 30/40 del segle XX, especialment en contextos anglosaxons. Ja des del principi es planteja que només des d'una aproximació global biopsicosocial als problemes de l'ancià es pot donar una resposta adequada a les seves necessitats. No és, però, fins a la dècada dels 80 i a partir dels treballs fets als Estats Units pel Dr. L. Z. Rubenstein i els seus col·laboradors (L. Z. Rubenstein *et al.*, 1984), (L. Z. Rubenstein, Stuck, Siu & Wieland, 1991), (Stuck, Siu, Wieland, Adams & Rubenstein, 1993) on demostren l'eficàcia i l'eficiència de la utilització d'una forma estructurada d'avaluació que s'anomena Valoració Geriàtrica Integral (a partir d'ara VGI). És a partir d'aquests treballs que la VGI es considera l'eina de treball especialitzada per a l'avaluació de les necessitats dels ancians. Estem parlant, doncs, d'una tecnologia de treball relativament recent, que ha demostrat la seva eficàcia en termes quantificables de resultats clínics i d'ús de recursos; i que des de llavors ha estès la seva pràctica a tots els recursos especialitzats de geriatria arreu del món.

Pel que fa a l'Estat espanyol, cal dir que el desenvolupament de la geriatria com a especialitat mèdica reconeguda no es dona fins l'any 1978, amb la formació d'un nombre molt limitat d'especialistes en els primers anys de la seva implementació. Aquesta situació ha anat millorant a poc a poc, i actualment a Espanya hi ha 24 unitats docents de geriatria, 8 de les quals a Catalunya. També cal dir que amb l'accés a l'especialitat per via MESTO (Metges especialistes sense titulació oficial) a partir de l'aplicació del Real Decreto 1497/1999, de 24 de setembre,

un nombre important de metges amb anys d'experiència assistencial en l'atenció als ancians s'hi van incorporar com a especialistes. Actualment, al nostre país, la tècnica de la VGI és coneguda i practicada amb diferents graus d'adaptació a pràcticament tots els nivells assistencials, tant sanitaris com sociosanitaris i socials especialitzats que intervenen en població anciana.

Els treballadors socials, com a integrants dels sistemes d'atenció als ancians en nombrosos àmbits de treball tant generalistes com especialitzats, tenen també al davant el repte de la millor atenció a aquest grup de població sovint vulnerable. La valoració de necessitats constitueix una de les competències claus del treball social (a partir d'ara TS) com a professió. La idea d'una valoració estructurada i completa de la situació biopsicosocial de la persona forma part del bagatge que guia les intervencions professionals dels treballadors socials des de sempre. Amb l'evidència que només un treball en xarxa en el contínuum sanitari i social podrà donar resposta a les necessitats creixents de la població anciana, serà determinant avançar en mètodes de treball conjunts amb la resta de professionals implicats, amb l'objectiu final d'un resultat global millor.

És en aquest sentit que creiem que cal conèixer la VGI i què pot aportar-nos als treballadors socials com a eina de treball global, alhora que aprofundir en la seva dimensió social.

2. La valoració geriàtrica integral, la tècnica de treball

La VGI s'anomena així ja que comprèn els aspectes físics o biològics, els psicològics, els socials i les capacitats funcionals.

La VGI es pot definir com un mètode diagnòstic multidimensional, generalment interdisciplinari, dissenyat per identificar, descriure i quantificar, en una persona gran fràgil, les capacitats i els problemes físics, funcionals, psicològics i socials, per tal de desenvolupar un pla integral de tractament, optimitzar la utilització de recursos i fer seguiment a llarg termini. La VGI ajuda a presentar el conjunt de problemes de forma més manejable, a fer un pronòstic, orienta sobre les possibilitats d'èxit de les intervencions i permet valorar canvis en el temps (Dóriga Bonnardeaux & Guillén Llera, 1998).

És multidimensional perquè abraça les diferents parts de l'individu (física, funcional, mental/emocional i social) i és interdisciplinària ja que requereix la participació de diversos professionals (metges, infermeres, treballadors socials...) per ser duta a terme. La situació que es dona en l'avaluació i tractament dels problemes de l'ancià requereix el treball conjunt de diferents disciplines professionals i de diferents nivells assistencials, ja que va més enllà del que pot oferir cadascun per separat.

Segons l'ancià i el tipus de procés que pateixi, augmenta la importància de determinades àrees. Per exemple, en una infecció intercurrent sense afectació funcional la valoració física (anomenada també clínica) predominarà sobre les altres; en canvi, en el cas d'una persona amb demència, o amb malalties cròniques que cursen amb discapacitat, la valoració social adquireix un paper clau.

Els objectius principals de la VGI (SCBGG, 1996) són:

- Mantenir la persona gran al domicili amb la major qualitat de vida possible
- Utilitzar adequadament els recursos i nivells assistencials
- Millorar la identificació de malalties i síndromes geriàtriques, especialment les situacions reversibles
- Fer un pla d'atenció integral individualitzat i continuat

La VGI ha demostrat la seva eficàcia en la cura de l'ancià, en nombrosos estudis arreu del món. Els aspectes apuntats en els estudis controlats de Rubenstein i col·laboradors (L. Z. Rubenstein *et al.*, 1984), (L. Z. Rubenstein *et al.*, 1991) i en la metaanàlisi de Stuck i col·laboradors (Stuck *et al.*, 1993) són:

- Reducció de la mortalitat
- Millora de les funcions física i mental
- Major precisió diagnòstica
- Reducció de la quantitat de fàrmacs
- Reducció de l'hospitalització d'aguts
- Ubicació més adequada dels pacients en els nivells d'atenció segons necessitats
- Disminució de la institucionalització

Per facilitar els objectius d'identificar, descriure i quantificar que té la VGI, el desenvolupament i l'ús sistemàtic d'instruments de mesura (escales) de cada dimensió ha estat un dels seus trets definitoris.

Els avantatges de la utilització dels instruments de valoració (SCBGG, 1996) respecte a la realització d'una valoració informal són:

- Major objectivitat
- Increment de la sensibilitat en la detecció de canvis
- Monitoratge de l'evolució i la intervenció
- Possibilitat de transmetre la informació, millora de la comunicació entre els professionals
- Reproductibilitat de la valoració i en conseqüència possibilitat de realització de recerca

El major inconvenient que presenten és la simplificació de la informació, que en el cas de la funció social, en tractar-se d'un concepte tan ampli, es pot trobar més acusada i segurament ha estat un dels motius que han generat certa resistència dels treballadors socials a fer-ne ús (J. Lubben, 2006).

Les funcions principals dels instruments són: la descripció, el destriament, l'avaluació, el monitoratge i la predicció. La funció descriptiva va lligada a l'estudi de poblacions concretes, la de destriament a la selecció d'individus de risc, la d'avaluació permet fer el diagnòstic i iniciar intervencions, el monitoratge permet observar l'evolució en el temps, i la de predicció va dirigida a prendre decisions sobre intervencions amb una base científica i a fer pronòstics sobre uns resultats esperats en funció d'unes condicions establertes.

Les característiques que han de complir els instruments de valoració són la fiabilitat i la validesa. La fiabilitat és la capacitat de, en absència d'un canvi real, obtenir el mateix resultat amb mesures repetides, tant si l'observador que les fa és el mateix (fiabilitat intraobservador) com si són diferents observadors (fiabilitat interobservador). La validesa és la capacitat de l'instrument per reflectir la característica que persegueix (validesa concurrent) i que distingeix entre individus que la presenten i individus que no (validesa discriminativa) (SCBGG, 1996).

Els instruments poden ser multidimensionals (mesuren totes les funcions) o bé unidimensionals (mesuren una única funció), i es poden utilitzar tant en l'estudi de persones com de poblacions, i en conseqüència poden estar dirigits tant a la realització de plans terapèutics individuals (funció clínica) com a la planificació sociosanitària (funció de gestió).

Els instruments de valoració més senzills poden ser utilitzats per professionals diversos (infermers, metges, treballadors socials) prèviament entrenats, i els més complexos o específics requereixen professionals concrets de l'àmbit avaluat o amb més entrenament i supervisió.

La VGI completa inclou quatre dimensions. Farem un apunt breu de cadascuna i desenvoluparem àmpliament la valoració de la funció social, que és l'objecte del nostre treball.

Valoració clínica

L'objectiu de la valoració clínica és qualificar i quantificar patologies simptomàtiques, identificar patologies desconegudes, avaluar els seus efectes sobre la funció i planificar i prioritzar la intervenció terapèutica. Inclou l'anamnesi, l'exploració física de l'ancià i la realització de proves complementàries (Dóriga Bonnardeaux & Guillén Llera, 1998).

Valoració funcional

S'entén com a funció la capacitat personal per adaptar-se als problemes que planteja la vida diària, encara que es pateixi una incapacitat física, mental o social. La capacitat funcional de l'individu és el resultat de la interrelació de factors físics, mentals i socials. L'estudi de la capacitat funcional és el nucli dur de la valoració global de l'ancià. A voltes el deteriorament de la capacitat funcional pot ser l'única manifestació de les malalties de l'ancià (Dóriga Bonnardeaux & Guillén Llera, 1998).

L'objectiu principal de la valoració funcional és descriure i quantificar la capacitat de moure's i de realitzar les activitats de la vida diària, tant les bàsiques (ABVD) com les instrumentals (AIVD). Són àmpliament coneguts i utilitzats instruments com l'Índex de Barthel, el de Katz o el Lawton. Desenvolupats tots tres als anys 60 pels seus autors en versió original anglesa, han obtingut una àmplia implementació mundial amb versions traduïdes arreu. També existeixen instruments més específics per a algunes de les funcions físiques, com l'Escala Tinetti, per equilibri i marxa (Dóriga Bonnardeaux & Guillén Llera, 1998), (SCBGG, 1996).

Valoració mental

La valoració mental sol dividir-se en valoració cognitiva i valoració afectiva o emocional.

La funció cognitiva és el resultat del funcionament global de les àrees intel·lectuals, incloent-hi els pensaments, la memòria, la percepció, l'orientació, el càlcul, la comprensió i la resolució de problemes. L'objectiu de la valoració cognitiva és identificar i quantificar possibles trastorns en les àrees cognitives que puguin afectar a la capacitat de l'ancià de valdre's per ell mateix.

En general, les escales de valoració mental han estat dissenyades per quantificar determinades funcions cognitives, no estableixen diagnòstic sinó que mesuren la severitat de l'alteració, i són útils en la monitorització dels canvis. Són coneguts i d'ús força generalitzat el Qüestionari de Pfeiffer (Short Portable Mental Status Questionnaire) (Pfeifer, E., 1975), i el Mini Mental State Examination de Folstein, adaptat i validat al castellà per A. Lobo (Dóriga Bonnardeaux & Guillén Llera, 1998).

La valoració afectiva té l'objectiu d'identificar i quantificar possibles trastorns en l'àrea emocional de l'ancià que afectin a l'autosuficiència, per establir el pla terapèutic escaient. Els estats depressius són alteracions freqüents en població anciana, i estan associats a major deteriorament funcional i a problemes nutricionals. Encara que la valoració afectiva hauria d'incloure l'avaluació de tots els estats emocionals, tant positius com negatius, sovint queda restringida a l'estudi de la depressió i l'ansietat, per la seva freqüència i rellevància. Les

escales són útils com a instrument de detecció i d'avaluació del tractament. Una de les més conegudes i utilitzades és la GDS (Geriatric Depression Scale) (Dóriga Bonnardeaux & Guillén Llera, 1998).

Valoració social

La funció social forma part de la VGI amb la mateixa rellevància que la resta de dimensions comentades. Les característiques pròpies del que considerem "social" en un individu fan que la complexitat de la valoració social sigui important, i que l'aportació en el desenvolupament d'instruments i la seva implementació en el treball quotidià no hagi assolit encara l'abast i la consistència de les altres dimensions. Per la importància del tema i perquè és l'objecte principal del nostre treball, desenvolupem àmpliament aquest tema en l'apartat següent.

3. La funció social com a dimensió de la valoració geriàtrica integral

La VGI com a tecnologia de treball és multidimensional en la seva concepció i aplicació. La funció social és una d'aquestes dimensions, i és en si mateixa un concepte complex i també multidimensional.

Per operativitzar la valoració i la intervenció en la funció social en el context del treball clínic quotidià, hem de considerar dos aspectes que il·lustren la dificultat pròpia del tema i que potser permeten explicar el "retard" en el desenvolupament d'instruments de mesura estandarditzats i fàcilment aplicables pel que fa a la resta de dimensions de la valoració geriàtrica integral (física, funcional, mental...).

El primer d'aquests aspectes és la pròpia definició de la funció social, i el segon és si pot determinar-se en què consisteix un "bon funcionament social". El funcionament social és un concepte tan ampli que abasta totes les relacions i activitats que tenen lloc en la societat, i implica persones que interaccionen en família i en comunitat (Kane & Kane, 1993), (Kane, 2006). Per descomptat no totes les dades referides a les relacions i activitats socials tenen la mateixa importància en el treball amb el malalt geriàtric, i és criteri del clínic decidir quines d'aquestes dades són significatives, com les recull, amb quin detall o especificitat i sobretot com les interpreta i utilitza.

És en aquest procés d'interpretació i anàlisi quan es nota més a faltar aquest punt de referència que seria tenir clarament determinat què és un funcionament social òptim o adequat, o sigui el que des d'un punt de vista metodològic seria el "gold Standard" o patró de referència.

Així, com que és més fàcil fer un consens universal sobre el que es pot considerar un bon maneig funcional o instrumental d'un pacient, la idea d'un "bon funcionament social" està subjecta a condicions canviants segons el grau de desenvolupament social, els rols i les normes d'un col·lectiu, la cultura i, no cal dir-ho, la subjectivitat individual subjecta a valors, motivacions que ens duen gairebé a la consideració que és cada individu qui construeix la seva particular funció social.

Tot i reconeixent la dificultat intrínseca del tema, i recollint les conclusions que la conferència internacional sobre Geriatric Assessment Technology (Florència 1994) recull sobre la funció social, cal dir que és imprescindible mesurar (o com a mínim valorar) alguns aspectes de la funció social de manera sistemàtica i rutinària (L. Z. Rubenstein, Wieland & Bernabei, 1995), i que només amb aquesta inclusió repetida en la pràctica clínica de la valoració social es podrà avançar en el desenvolupament tant d'habilitats clíniques en aquest àmbit, com de mesures que puguin ser estandarditzades i per tant útils en la pràctica diària.

La salut de les persones i el seu entorn social ha estat objecte d'estudi des de diverses òptiques, tant biològiques com socials, i se'n coneix la important relació (Martí Casas, 1995), tant en el context de població general com per grups de risc. En el cas de la població anciana, aquesta relació entre funció social i salut s'intensifica especialment per la pròpia fragilitat de l'ancià, derivada dels seus múltiples i interactuants problemes físics, cognitius i emocionals, circumstància que els fa altament sensibles als canvis del seu entorn.

La raó principal per la qual els professionals que fem assistència als ancians hem de considerar la valoració i la intervenció en la funció social com a part del nostre treball és perquè la funció social afecta els resultats del nostre interès com són la capacitat de maneig independent de l'ancià, la seva salut i la seva supervivència.

En la pràctica quotidiana sovint observem com un canvi en el patró d'activitats, relació, ubicació (per exemple enviduar, canviar de residència, etc.) té efectes sobre la salut física/mental. També en el sentit oposat, el benestar social incrementa la capacitat del pacient de plantar cara als problemes de salut, de mantenir la seva autonomia tot i les limitacions funcionals, o de prevenir l'aparició de nous problemes (per exemple, família implicada en l'atenció assegura el control de la medicació, observació precoç dels canvis, adaptacions en el domicili, etc.).

La funció social és un factor mediador que afecta tant a la capacitat de funcionar independentment de l'ancià malgrat les seves limitacions, com també en l'aparició dels problemes en altres àrees, i és en si mateixa un resultat que pot veure's afectat tant en sentit positiu com negatiu en l'aplicació d'un pla de cures (Kane & Kane, 1993).

Així doncs, en termes d'investigació, la funció social podria considerar-se tant una variable independent com dependent. El reconeixement de la funció social com a variable dependent implica que alguns dels aspectes del funcionament social poden considerar-se en si mateixos un resultat o efecte dels plans d'intervenció dels professionals. És evident que, en tots els àmbits assistencials, la intervenció sobre els ancians comporta una incidència més intensa en el seu món social. Assegurar la cobertura de necessitats d'una situació requereix moltes vegades un canvi dràstic d'estil de vida o d'un patró relacional, així com problemes pràctics (ingrés en residència, implicació familiar en les cures, repercussions laborals per al cuidador principal, despeses extres, etc.). La intervenció sobre la funció social produeix efectes sobre el benestar dels pacients i els seus cuidadors, i avaluar quins d'aquests són negatius tant en uns com en altres són les principals raons per considerar la funció social com una variable dependent de les nostres intervencions professionals.

La funció social també ha de valorar-se, perquè s'ha demostrat que fer-ho és eficaç.

En aquest sentit, la rigorositat de l'anàlisi de resultats de l'aplicació de la VGI ha anat incrementant-se des de la seva aparició, i tant en els primers estudis descriptius com als coneguts estudis controlats de Rubenstein i col·laboradors (L. Z. Rubenstein *et al.*, 1984), (L. Z. Rubenstein *et al.*, 1991), (Stuck *et al.*, 1993) s'ha confirmat la disminució de la institucionalització dels pacients, així com la seva ubicació més adequada en el sistema d'atenció com a resultat de la VGI. Encara que aquests estudis sempre recullen l'eficàcia de la VGI com a tecnologia global, és evident que en concret en aquests dos resultats la consideració de les variables de la funció social és determinant.

Finalment, és imprescindible recordar que l'atenció al pacient geriàtric és una atenció a llarg termini. Això determina que aquesta atenció haurà de ser un articulat continu entre el sistema de salut, els sistemes de suport informal i els sistemes de serveis socials.

Així doncs, l'atenció eficaç a les necessitats de l'ancià ha de tenir en compte aquesta realitat i incloure la gestió en el seu fer quotidià, i això inclou des del treball assistencial en un pacient determinat (gestió de cas, optimitzar la utilització de recursos del sector segons les seves necessitats individuals...) fins a la planificació de l'atenció global dels ancians a la comunitat en els seus aspectes més específicament socials (promoció d'estructures socials i familiars, adequació de recursos de suport formal, etc.).

Encara que, com ja hem apuntat i veurem en els apartats successius, la complexitat tant de la valoració com de la intervenció en la funció social és alta, les raons revisades fan imprescindible un esforç dels equips multiprofessionals, però especialment dels treballadors socials que treballen amb població geriàtrica per aportar especificitat professional en aquesta àrea. La seva aportació en el desenvolupament del mesurament de la funció social serà determinant

si coneixen millor les característiques que determinen la fragilitat d'aquesta població així com que la funció social dels pacients és clau per mantenir l'equilibri entre els problemes i les capacitats de la població anciana. Serà molt important també que superin resistències a l'aplicació d'instruments de mesura de la situació social i que els incorporin a la pràctica professional.

Dimensions de la funció social

Des de les primeres aplicacions de la funció social en la VGI, les dades que es recullen o que se suggereix recollir per fer la valoració de la funció social apareixen categoritzades, és a dir, agrupades per criteris base. Potser el més important d'aquests criteris ha estat separar les dades clarament objectives d'aquelles en les quals intervé la subjectivitat dels ancians o de les que poden considerar-se mixtes.

El desenvolupament de nombroses escales i l'experiència de la seva aplicació durant anys, especialment als Estats Units, ha anat perfilant criteris cada vegada més concrets en la categorització. Així, en les conclusions de la conferència internacional sobre Geriatric Assessment Technology celebrada a Florència al 1994 es proposen sis grans dimensions que haurien de constituir la valoració de la funció social: les xarxes socials, el suport social, la sobrecàrrega del cuidador, els recursos socials, el benestar subjectiu i la satisfacció, i els valors i preferències individuals (L. Z. Rubenstein *et al.*, 1995).

S'ha de comentar que les diferents dimensions no són mútuament excloents i que, encara que l'esforç a categoritzar és important, la complexitat de la funció social fa que en la pràctica algunes variables puguin ser comunes a diferents dimensions. Revisem-les breument.

1) Les xarxes socials.

Es refereixen al conjunt de relacions i contactes que un individu pot tenir. Les xarxes socials són el marc estructural a través del qual un individu pot tenir accés al suport. Es descriuen de forma general amb criteris objectius de grandària (nombre de persones que la componen), densitat (nombre de persones que coneix a cadascun dels altres a la xarxa), homogeneïtat (similituds dels membres de la xarxa en diverses característiques), intercanvis entre els seus components (nombre i tipus d'interaccions intercanviades), reciprocitat (balanç entre donar/rebre suport) i afiliació (grups socials, religiosos, etc.).

Les funcions bàsiques que realitzen les xarxes socials que poden ser valorades i mesurades són: funció informativa (com aconsellar), afectiva (estimació, confort, encoratjament), suport i estimulació social (acompanyament), així com ajudes tangibles (ajuda econòmica, física, instrumental) (Kane, 1995).

Les xarxes socials proporcionen l'estructura per on es pot donar el suport social.

Respecte a la valoració de les xarxes socials, es recomana que s'utilitzin fórmules de diferenciació entre els ancians amb aïllament social i els que no en tenen i avaluar l'existència de xarxes més enllà de la família immediata per incloure-hi amics i coneguts (Kane, 1995).

Una de les escales més conegudes en la valoració de mesurament de les xarxes socials és la Lubben Social Network Scale (J. E. Lubben, 1988), (J. Lubben & Gironde, 2003), (J. Lubben *et al.*, 2006). L'escala avalua la intensitat dels lligams de les xarxes socials. En el context d'un estudi desenvolupat per Medicare als Estats Units, la puntuació de l'escala es correlacionava de forma molt alta amb els judicis clínics independents dels treballadors socials, basats en l'entrevista amb relació a si l'aïllament social era descartat, possible o confirmat (R. L. Rubenstein, Lubben & Mintzer, 1994).

2) El suport social.

El suport social es refereix al conjunt d'assistència objectiva (ajudes instrumentals, econòmiques, emocionals, d'informació) subministrada a un individu a través de la xarxa social i a la impressió subjectiva del subjecte sobre la positivitat d'aquesta. Així com la xarxa social pot ser descrita en termes objectius, el suport social té sempre associada la visió subjectiva de l'individu que la percep. Les categories en què es divideix el suport social provenen de les funcions de la xarxa social ja esmentades: informació i consell (guia cognitiva, vincle confiança, assessorament decisions, etc.), ajudes tangibles (que poden incloure ajuda en el maneig i cura així com ajuda econòmica), estimulació social (activitats socialització, conversa, distracció, activitats lúdiques) i suport emocional (amor, comprensió, afecte, reforç d'actituds saludables, etc.) (Kane, 1995).

Encara que el terme suport social implica en si mateix positivitat, el component subjectiu de què hem parlat fa que alguns autors (Antonucci, 1990) n'hagin estudiat repercussions negatives o efectes oposats: ajuda inefectiva, ajuda excessiva, interaccions no benvolgudes o interaccions desagradables. Un exemple seria que l'ancià acaba rebent ajudes concretes d'un familiar amb qui té dificultats relacionals, o el patiment per les restriccions socials que la seva cura imposa als membres de la seva família.

En els contextos d'investigació, el suport social es presenta en termes de tipus d'ajuda, freqüència i fonts d'ajuda, sempre des de la perspectiva de l'ancià.

Les recomanacions generals per a la seva valoració sistemàtica haurien d'incloure sempre el nombre de fonts de suport i la suma dels diversos tipus d'ajudes disponibles (Kane, 1995).

En l'avaluació clínica, la valoració del suport es combina amb la valoració de les xarxes socials. La recollida d'informació per fer un diagnòstic respecte al grau d'execució de les funcions que necessita una situació d'atenció a un ancià hauria d'incloure:

- Estructura familiar (genograma, nucli de convivència més la situació familiar àmplia dels cuidadors principals directes), localització de les fonts d'ajuda (lluny, a prop, disponibilitat, temps, sistemes de coordinació interfamiliar)
- Afectivitat (el vincle de confiança que l'ancià descriu, l'observació de les actituds afectuoses entre l'ancià i el cuidador, l'estabilitat del sistema, especialment la possibilitat que es mantingui de forma continuada i a llarg termini)

Algunes de les escales clàssiques i més conegudes de suport social són la Family Apgar, desenvolupada per Smilkensein al 1978, i la Social Resources Scale OARS, desenvolupada per la Universitat de Duke (EUA) al 1978, que forma part de la bateria àmplia OARS multi-dimensional. D'ambdues es disposa de la versió espanyola adaptada (Bellón Saameño, Delgado Sánchez, Luna del Castillo & Lardelli Claret, 1996), (Grau Fibla, Eiroa Patiño & Cayuela Domínguez, 1996), respectivament.

Cal esmentar que aquesta dimensió és de gran importància, ja que dóna informació sobre la cobertura real i/o potencial que poden tenir les necessitats de l'ancià. Des dels anys 80 fins ara nombrosos autors hi han treballat, tant en l'àmbit dels ancians com amb altres poblacions amb necessitats. En general es posa de manifest la dificultat per unificar criteris respecte a les àrees que hauria d'incloure, i gairebé s'ha d'admetre que la definició d'aquest constructe està en desenvolupament continu. L'interès per aquest tema fa que diversos grups de recerca espanyols vinculats a universitats hi hagin treballat o hi treballin, tant en l'àmbit dels ancians com en d'altres grups poblacionals (Barrón, 1996), (Terol *et al.*, 2004), (Nebot, Lafuente, Tomás, Borrell & Ferrando, 2002), (López Verdugo, 2007).

La valoració del suport social, conjuntament amb la sobrecàrrega i els recursos socials (que comentarem seguidament) tenen una importància crucial perquè són els aspectes més susceptibles de modificació a partir d'una intervenció professional específica.

3) La sobrecàrrega del cuidador.

La major part del suport social que rep un ancià al seu domicili prové del suport informal i desinteressat del seu entorn més pròxim (família, amics). Les dades més recents a l'Estat espanyol continuen confirmant que aquesta ajuda constitueix al voltant del 80% del total de la que reben els ancians (Rodríguez Rodríguez, 2006), (Rogero-García, 2009).

Són de gran interès per conèixer el perfil actual dels cuidadors informals a l'Estat espanyol els treballs de P. Rodríguez-Rodríguez. L'autora apunta que de les dades que es desprenen de la Recerca de l'IMSERSO el 1994 sobre el tema de la cura Informal (IOÉ Colectivo/INSERSO/CIS, 1995), el perfil del cuidador es podria resumir amb la fórmula "gènere femení, nombre singular". O sigui dones que no reben ajut de ningú per realitzar l'atenció de l'ancià. L'estudi

també apuntava que moltes d'aquestes cuidadores referien sobrecàrrega i estrès, així com desconeixement de les estratègies adequades per afrontar-lo. El 2004 l'estudi es va tornar a realitzar, per veure l'evolució de la situació dels cuidadors informals. Contràriament al que s'esperava, el percentatge de dones que realitzava la cura dels ancians s'havia incrementat un punt, amb el matís que eren més les que se sentien ajudades per altres membres de la família (Rodríguez, 2005).

Les repercussions físiques, emocionals i socials que la cura continuada té sobre el cuidador estan ben descrites i es coneixen com la càrrega "del cuidador", i es defineixen com "el conjunt de problemes tant físics com psicològics o emocionals, socials i financers, que poden experimentar els membres de la família que cuiden adults dependents" (George & Gwyther, 1986). Aquest concepte ha estat objecte d'anàlisi i intervenció especialment en els casos dels ancians amb deterioració cognitiva. La càrrega del cuidador és un concepte multidimensional i comporta en si mateix tant indicadors objectius (hores de cura, tipus de tasques) com subjectius (estat d'ànim). La majoria dels instruments de mesura d'aquest concepte són plantejats des de la visió de l'impacte negatiu sobre la vida personal i social del cuidador, però existeixen línies d'investigació dels anomenats "efectes positius" de la cura (resposta conductual positiva de l'ancià, manejar-se bé davant el repte de la seva cura personal, afermar vincles afectius) (Kinney & Stephens, 1989), (Kinney, Parris Stephens, Franks & Norris, 1995).

La realitat que són els cuidadors informals qui assumeix la major part de la cura de l'ancià, així com que aquesta atenció haurà de donar-se durant un temps llarg i en situacions de deteriorament progressiu, fa imprescindible valorar/intervenir en la sobrecàrrega del cuidador amb l'objectiu d'assegurar una implicació adequada a les necessitats de l'ancià i que alhora no condicioni el benestar bàsic del cuidador.

Les escales més conegudes o utilitzades són: test de sobrecàrrega de Zarit (Zarit, Reever & Bach-Peterson, 1980), que té l'adaptació espanyola (Martín, Salvadó, Nadal, Miji & Rico, 1996) i el Caregiver Strain Index (Robinson, 1983), d'ús força estès en equips espanyols (Gómez Ramos & González Valverde, 2004), (López Alonso & Moral Serrano, 2005).

4) Els recursos socials

La valoració de la funció social ha d'incloure els recursos tangibles que té l'ancià. Els recursos econòmics (ingressos, estalvis) i les característiques de l'habitatge (accessibilitat, condicions bàsiques de seguretat, higiene i confort) són les variables clau a incloure, ja que poden condicionar de manera important les possibilitats de provisió d'atenció. Alguns aspectes com la localització de l'habitatge (zona rural, urbana), accessos o distància han de ser considerats, ja que poden condicionar l'accés tant a recursos bàsics (botigues, zones verdes) com socials.

En una valoració completa d'aquesta dimensió s'haurien d'incloure els recursos comunitaris tant de salut com de serveis socials als quals l'ancià pot accedir. Són els anomenats recursos formals. La provisió i accés a serveis d'aquest tipus és variable segons les polítiques de salut i socials dels diferents països/comunitats autònomes, el lloc on viu l'ancià, etc.; i la possibilitat o no d'accés als mateixos pot plantejar que casos amb necessitats semblants es poden haver de resoldre de manera diferent.

Així mateix, la seva utilització i complementació amb el suport informal influeix en el suport social percebut del cuidador i pot constituir un element crucial en la intervenció en la sobrecàrrega. No existeixen escales específiques de recursos socials, en la valoració se solen incloure informacions relatives a ingressos econòmics i habitatge, tant de forma categoritzada en escales globals, com preguntes específiques en aquest sentit.

5) Benestar subjectiu / Satisfacció / Qualitat de vida

El benestar subjectiu, també anomenat la satisfacció vital, ha estat considerat des de l'inici de l'aplicació de la VGI una dimensió important a considerar, tant com a mesura del benestar de l'ancià com com a resultat de l'impacte de programes dirigits a aquesta població (Kane & Kane, 1993), (Kane, 2006).

El benestar subjectiu, que a voltes s'utilitza com a sinònim de qualitat de vida, pot ser entès com la repercussió sobre l'estat afectiu de l'efecte i repercussió de les malalties, o des d'una perspectiva més àmplia, com una avaluació cognitiva o intel·lectual de la pròpia vida i que seria el resultat de la intervenció entre les expectatives de l'individu i les característiques del seu entorn. Tant en un sentit com en un altre, s'han desenvolupat diferents escales de mesurament. En general, les més utilitzades en geriatria s'han basat en la concepció àmplia, no exclusivament relacionades amb les repercussions de l'estat de salut. Algunes de les escales més conegudes són: Philadelphia Geriatric Center Morale Scale (Lawton, 1975) i el Life satisfaction Index-A (LSI) (Neugarten, Havighurst & Tobin, 1996), ambdues amb traducció al castellà (Kane & Kane, 1993).

6) Valors i preferències

A nivell metodològic, els intents per incorporar els valors i les preferències del pacient en la VGI estan en els seus inicis. En els últims anys conceptes com testament vital, voluntats anticipades, consentiment informat, participació del malalt... s'estan incorporant al llenguatge i a la reflexió dels professionals assistencials en general (Kane, 2006).

Són conceptes nous i complexos d'incorporar a la pràctica diària però directament relacionats amb el procés de presa de decisions, i que en el cas dels ancians tenen la dificultat afegida de

la pròpia fragilitat del malalt, que pot condicionar la seva capacitat d'expressió i infravaloració d'aquests aspectes. La literatura recull així mateix la feble correlació en la presa de decisions respecte a situacions concretes entre la família, l'equip cuidador i l'ancià (Ouslander, Tymchuk & Rahbar, 1989), (Shalowitz, Garrett-Mayer & Wendler, 2006). Tot i admetent la dificultat en la necessària sistematització d'aquesta dimensió, existeixen grups de recerca que treballen en aquesta línia i suggereixen valorar-los a través de discussions estructurades amb preguntes-àrees establertes (relació entre llibertat versus protecció/restricció, patró de rutines diàries versus flexibilitat – privadesa, de persones volgudes/no volgudes per a la seva cura, etc.) a comentar amb el malalt (Kane, 1995).

Finalment, hem de dir que a nivell de l'Estat espanyol una de les escales de valoració social més utilitzades en els àmbits d'atenció a l'ancià és l'anomenada Escala de Valoració Sociofamiliar de Gijón (Díaz-Palacios, Domínguez Puente & Toyos García, 1994). Per la importància que ha adquirit el seu ús i per ser objecte del treball que presentem, comentarem les seves característiques més àmpliament en un apartat específic posterior.

4. La metodologia de la funció social. La dificultat de mesurar

Probablement, un dels majors assoliments en relació amb la VGI durant les últimes dècades ha estat la incorporació d'instruments validats i estandaritzats en les diferents àrees que la componen (clínica, funcional, mental). Encara que evidentment l'entrevista clínica i l'exploració física de l'ancià continua sent necessària, l'aportació de les valoracions estandaritzades és immensa en el sentit de proveir un llenguatge comú així com rigor i objectivitat dins dels equips geriàtrics i entre els serveis socials i sanitaris que donen atenció als ancians.

En els apartats anteriors ja hem apuntat elements clau que dificulten el consens respecte a aquest tipus d'aproximació metodològica pel que fa a la valoració social.

En el cas dels treballadors socials, al nostre país ens trobem que, en general i en la pràctica assistencial, la valoració social se sol fer utilitzant entrevistes semiestructurades en les quals el professional interroga l'ancià o el cuidador sobre diferents aspectes socials. Els instruments o escales, quan s'utilitzen, s'utilitzen gairebé sempre de forma complementària, o en context d'investigació, però no són determinants per si sols per a la presa de decisions.

Encara que aquesta situació pot i ha d'evolucionar en un futur cap a una utilització més comuna d'instruments vàlids i fiables en la valoració social, creiem important recordar que l'aproximació relacional que dona una entrevista semiestructurada és de gran importància per al treball futur

en la situació d'adaptació al canvi que comporta per a l'ancià i els seus cuidadors l'aparició de les síndromes geriàtriques i les seves conseqüències. Encara que s'hagi de fer l'esforç d'incorporar el rigor, l'objectivitat i la possibilitat de comparança que dona aplicar instruments comuns, la seva aplicació no hauria de deixar de banda els avantatges de la relació d'ajuda i l'empatia relacional com a complement imprescindible a tota recollida d'informació. L'objectiu principal tant de valorar com d'intentar mesurar la funció social és que el seu resultat afecta a la presa de decisions i intervencions que hagin de fer-se en un cas concret. Encara que no tinguem un "patró òptim de referència" en la comparació social (el que en contextos biosanitaris es coneix com a "gold standard"), sí que es pot afirmar que existeixen estats socials més desitjables, tipus de suport més eficaços o estratègies d'adaptació més adequades, i hem de conèixer millor com és la situació per treballar en els sentits exposats.

Tot i les dificultats apuntades i el poc desenvolupament que la valoració i especialment el mesurament han assolit al nostre país, en els països anglosaxons (Estats Units, Regne Unit i Canadà, principalment) s'han desenvolupat gran nombre d'escala per a les diferents dimensions de la valoració social. En tots els casos, tant aquí com fora, el repte del mesurament és el mateix: aconseguir instruments de validesa i fiabilitat contrastada que puguin ser útils des del punt de vista de la predicció.

Recordarem breument quins són els principals problemes metodològics, tant conceptuals com pràctics, de la valoració i el mesurament de la funció social, així com les recomanacions tant per triar l'eina adient com per registrar i interpretar els resultats (Kane & Kane, 1993), (Kane, 2006).

Des d'un punt de vista conceptual, els aspectes que compliquen el mesurament de la funció social són:

- Comprèn conceptes generals, a voltes abstractes i sense definicions universalment consensuades
- La naturalesa recíproca de les variables
- La ponderació dels components objectius i subjectius de les variables
- La no-existència de normes clares sobre com agregar el pes de les variables

Algunes de les conseqüències més importants que comporten aquestes complicacions en el mesurament són: la necessitat de molta informació, el condicionament de la capacitat predictiva del mesurament i el seu significat pronòstic i la dificultat de construir sèries contínues, és a dir que el fet que un mesurament resulti molt intens per a un determinat aspecte no ha necessàriament de comportar una intervenció més intensa. Aquesta situació és molt diferent de la que ens trobem en el mesurament funcional o mental, en què la intensitat de mesurament se sol correspondre amb la intensitat d'intervenció.

Així mateix, es coneix poc sobre els valors de tall que podrien determinar que un ancià estigui massa aïllat socialment o insuficientment assistit.

A aquests problemes d'ordre conceptual cap afegir els de tipus pràctic, que són: l'elecció de l'informador, les limitacions de l'autoinforme en el cas dels ancians, l'elecció de la finestra temporal, especificitat i categorització i alta prevalença del deteriorament cognitiu.

Algunes de les recomanacions actuals respecte a com millorar els registres davant aquests reptes pràctics són els següents:

- Sempre que sigui possible, l'ancià ha de participar en l'entrevista, i hauria de considerar-se la inclusió d'un altre informador rellevant (cuidador principal) per completar i contrastar informació.
- La prevalença de la deterioració cognitiva condiciona tant l'autoinforme com la fiabilitat de les respostes que impliquin que l'ancià ha de recordar (temps passat, freqüència d'un fet, etc.). L'observació com a mètode alternatiu al rapport de l'ancià pot ser utilitzada en situacions institucionals o quan hi hagi un informador alternatiu fiable que conegui o comparteixi la seva vida, encara que també ens podem trobar davant del biaix de la informació d'un observador que està interaccionant alhora que observa. El grau de deteriorament cognitiu és un aspecte determinant; tot i això, cal tenir en compte que en casos de deterioració lleu/moderada es poden obtenir informacions rellevants a preguntes concretes i ben formulades en un grup important de pacients.
- Per incrementar la precisió de la informació és important tant la inclusió del marc temporal (ahir, l'última setmana...) com seleccionar categories que aportin significat clínic. Així, "sovint" o "poques vegades" passen pel judici de l'entrevistat i són poc útils. La recomanació és tendir a utilitzar quantificadors numèrics dels esdeveniments comptables, tot i sabent que no resolen aspectes com la durada dels mateixos (sortir una vegada... però tota la tarda, sortir tres vegades puntualment...). Finalment, convé recordar les tres recomanacions generals que Rosalie A. Kane i Robert L. Kane (Kane & Kane, 1993) fan respecte a triar i interpretar els mesuraments:

1) Recordar constantment el que volem mesurar (seria diferent una aproximació descriptiva general d'un objectiu de determinar emergència o risc imminent) i les nostres possibilitats d'intervenció en la situació dintre dels serveis de salut o socials on treballem. Probablement en un hospital d'aguts serà necessari un instrument bàsic de sedàs per identificar alt risc i adequar la derivació i connexió de recursos requerits, en una unitat geriàtrica especialitzada es poden valorar sistemes de suport social i plantejar-nos la intervenció en la seva reorganització, i a l'atenció primària es pot tenir monitoritzada la situació basal dels ancians i planificar programes preventius.

2) Pensar en llindars i punts de tall. La idea principal seria identificar les situacions que han sobrepassat els termes d'adequació (aïllament social, suport social inadequat, etc.) que converteixen l'ancià en un ésser vulnerable.

3) Considerar els canvis en el funcionament social. L'ideal seria disposar de la informació basal bàsica. Aquesta, de vegades, no és viable ja que habitualment la valoració de la funció social es realitza gairebé sempre des dels recursos especialitzats i quan s'ha produït ja el canvi. Això requereix fer una aproximació comparativa entre l'estat actual i el previ. D'aquí la importància que l'Atenció primària de salut i serveis socials incrementin la seva experiència i habilitats geriàtriques, per aportar el coneixement basal de la situació, aspecte clau per a la presa de decisions davant dels canvis.

Resumint, el mesurament de la funció social és un repte d'una gran magnitud, que encara que difícil, requereix ser abordat primerament des de la sistematització de la valoració social en una aproximació consistent i documentada. Certs aspectes socials bàsics haurien de preguntar-se de forma rutinària i incorporats a les dades globals de la situació com a primer pas, i avançar en la incorporació d'instruments de mesurament, des de la reflexió de la seva utilitat en el nostre context de treball tenint sempre en compte que el mesurament no ens pot eximir de la presa de decisions en considerar la individualitat de cada pacient.

5. L'escala de valoració sociofamiliar de Gijón: estructura i experiència d'ús

Com s'ha exposat detalladament en l'apartat anterior, la funció social és, doncs, una de les dimensions de la VGI, i és en si mateixa un concepte complex i multidimensional l'operativització del qual ha estat subjecte a canvis al llarg del seu desenvolupament.

Com ja hem comentat, pel que fa a la dimensió de la funció social dins la VGI, ha tingut un desenvolupament més tardà i amb més dificultats, tant en la confecció d'instruments propis com en la seva aplicació estandarditzada per part dels professionals. A aquestes causes cal afegir-hi la reticència a l'aplicació d'instruments estandarditzats per part dels treballadors socials, que majoritàriament han mantingut la seva aproximació clínica tradicional com a mètode exclusiu i considerat el més adequat per acostar-se a la complexitat de la funció social.

Com ja s'ha esmentat, el desenvolupament primerenc d'instruments ha estat en el context anglosaxó, amb les dificultats afegides de traducció i validació, aspectes que tampoc ha facilitat la seva implementació en la pràctica. Aquest aspecte, ja de si important en totes les dimensions de la VGI, té la dificultat afegida en el cas de la funció social que els conceptes

que maneja estan més afectats pels substrats culturals diversos on s'han d'aplicar, qüestió que afegeix problemes a aquest procés en comparació a les altres dimensions que manegen conceptes on el consens sobre el que és adequat o el que és problema és més "universal". També cal dir que alguns dels instruments de valoració de la funció social més coneguts, un cop traduïts i difosos com són l'OARS (Grau Fibla *et al.*, 1996), el Family Apgar (Bellón Saameño *et al.*, 1996) o els Indicadors socials majors de la Societat Britànica de Geriatria i el Col·legi de metges de Londres (SCBGG, 1996) no han aconseguit per causes diverses (excessivament amplis, barreja d'aspectes socials i funcionals/instrumentals, etc.) una implantació i ús generalitzat en l'àmbit de l'Estat espanyol.

Un altre aspecte a considerar per entendre el retard en el desenvolupament d'instruments de valoració de la funció social han estat les dificultats per consensuar quines haurien de ser les dimensions a avaluar. Com ja s'ha dit, no és fins el 1994, a partir del consens assolit en la conferència internacional sobre VGI feta a Florència que es va proposar l'estructura de les sis dimensions ja comentada: xarxes socials, suport, sobrecàrrega, recursos socials, benestar subjectiu i valors. A partir d'aquest consens es planteja que és imprescindible valorar i mesurar alguns aspectes de la funció social de forma sistemàtica i rutinària i que és només amb aquesta inclusió repetida en la pràctica clínica de la valoració de la funció social que s'avançarà tant en el desenvolupament de les habilitats clíniques en aquest àmbit com en disposar d'instruments de mesura estandarditzats i útils en la pràctica diària (Kane, 2006), (J. Lubben, 2006).

Tot i les importants dificultats derivades de la difícil adaptació intercultural dels instruments de valoració de la Funció Social (significat divers de les variables proposades segons cultura, traducció dels termes, etc.), pot sens dubte plantejar-se el seu desenvolupament en contextos culturals i de provisió de recursos semblants, ja que només avançant en l'experiència d'aplicació se'n pot valorar la utilitat i fer propostes de millora en relació amb els resultats obtinguts.

En aquest sentit, i en el context de l'Estat espanyol, es podria ser moderadament optimista, ja que la progressiva incorporació de treballadors socials als equips geriàtrics especialitzats, així com la publicació de les primeres experiències en la utilització per diferents equips d'escalas pròpies o traduïdes sembla encaminar la sistematització de la valoració social, almenys en els recursos geriàtrics. En els darrers anys s'estan produint canvis importants en l'accés de la població anciana als serveis d'atenció primària. La posada en marxa al 2007 de la "Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia" (a partir d'ara LAPAD) ha canviat radicalment el mapa d'actuació d'aquests serveis en l'atenció dels ancians, i ara han de treballar amb un volum molt important d'aquesta població en fer-se extensiu el reconeixement de dret als serveis i prestacions, alhora que tenen el paper principal en l'articulació del continu de cura formal-informal en la realització dels Programes Individuals d'Atenció (PIA). La necessitat de conèixer i utilitzar els instruments de valoració funcional per a la valoració de la funció social és cada vegada més important.

A l'Estat espanyol, en els inicis de l'establiment de serveis de geriatría, la forma més habitual de fer la valoració de la funció social era amb sistema d'entrevistes semiestructurades, i en ocasions i en equips concrets amb escales o conjunts d'indicadors socials acordats pels equips. No es pot parlar de la difusió i ús progressivament generalitzat d'un instrument fins a l'aparició, l'any 1994, de la ja esmentada Escala de Valoració Sociofamiliar de Gijón. Els seus autors M. E. Díaz Palacios, O. Domingo Puente i G. Oyos Garcia, professionals vinculats a l'atenció primària de salut, proposen un instrument d'estructura senzilla (Díaz-Palacios *et al.*, 1994), que posteriorment validen (García González *et al.*, 1999).

L'escala presenta un format que inclou cinc dominis o àrees de categorització de les variables a valorar: Situació familiar, Recolzament de la xarxa social, Relacions socials, Habitatge i Situació econòmica. Seguint les recomanacions de la Conferència de Florència, inclouria tres de les dimensions que es proposen: Xarxes Socials (recollides a Situació familiar i Relacions socials), Suport social (recollida a Recolzament de la xarxa social), i Recursos socials (economia, habitatge), que es correspondrien a les que són més fàcilment objectivables de les sis proposades a l'esmentada conferència de consens.

Cada domini inclou cinc categories, i estableix un gradient des de la situació social ideal o absència de problemàtica (categoria 1, corresponent a una puntuació d'1 punt), fins a objectivació de circumstàncies considerades de problemàtica social instaurada (categoria 5, que es correspon a una puntuació de 5 punts). Per a cada domini cal marcar només una categoria que es correspongui a l'enunciat que descriu de la forma més acurada possible la situació detectada en l'estudi del cas. Aquesta configuració permet sumar els punts obtinguts per a cada domini, fins obtenir una puntuació total que ens situa quantitativament en la dificultat social global que pot tenir el cas valorat. La màxima puntuació total de l'escala pot ser de 25 punts, i la mínima de 5. Cada dimensió té el mateix pes relatiu (20%) en el total de la puntuació.

L'escala va ser elaborada amb tècniques de consens entre els treballadors socials juntament amb altres professionals de l'àmbit de la salut. Segons el que exposen els mateixos autors, "l'escala pretén identificar situacions tant de problema social definit com una situació consolidada, difícilment modificable, de l'individu o l'entorn que trenca la interacció entre ambdós, impeding que aquest satisfaci les seves necessitats bàsiques; de risc social, entès com la presència de determinades característiques que dificulten la relació de l'individu amb el seu entorn i produeixen un increment en la susceptibilitat de contraure malaltia psíquica i orgànica o a l'aparició d'un problema social" (Cabrera González *et al.*, 1999).

En aquest sentit, els autors proposen uns punts de tall per determinar les situacions descrites:

- Puntuacions entre 5 i 9 punts es cataloguen de "Situació social Bona-Acceptable".
- Puntuacions entre 10 i 14 punts "Existeix risc social".
- Puntuacions per sobre de 15 punts "Existeix risc de problema social".

L'escala és molt senzilla en la seva aplicació, i el seu ús en la valoració social estandarditzada al nostre país s'ha estès tant en l'atenció primària sanitària com en els recursos geriàtrics especialitzats. Al llarg dels 16 anys transcorreguts des de la seva publicació, els nombrosos equips que n'han fet ús han aportat els seus resultats a través d'articles científics, sobretot en revistes especialitzades de geriatria. Ha estat utilitzada a tots els nivells de l'atenció sanitària (primària, sociosanitària i d'aguts) i s'ha adreçat a diferents objectius: descriptius, d'identificació de risc, com a part d'instruments més amplis per valorar probabilitats d'ubicació domiciliària a l'alta, d'ús de recursos comunitaris posthospitalització i per sedàs de població anciana fràgil a la comunitat (Alarcón Alarcón & González Montalvo, 1998), (Alarcón Alarcón, González Montalvo, Barcena & Salgado, 1998), (Sabartés *et al.*, 1999), (De Vicente *et al.*, 1996), (Miralles *et al.*, 2003), (Monteserín Nadal *et al.*, 2008).

Al llarg d'aquest temps els equips que l'han fet servir han proposat modificacions dels enunciats descriptius. Els mateixos autors, en l'article on exposen la validesa i fiabilitat de l'escala (Cabrera González *et al.*, 1999), ja utilitzen una versió amb diversos canvis respecte a la inicial (Díaz-Palacios *et al.*, 1994). Els canvis s'han donat sempre respecte a la redacció dels enunciats descriptors. No s'ha produït, però, cap proposta de modificació de l'estructura, excepte si es pot considerar modificació la proposta de fer-ne ús en una versió reduïda sense les dimensions habitatge i economia (Miralles *et al.*, 2003).

L'escala de Gijón, tot i els seus avantatges, presenta problemes semblants als altres instruments de valoració funcional, i els equips que l'han utilitzat ho han constatat: existència de diferents versions, processos d'adaptació dels enunciats fluïxos i no-existència de normatives per a la seva aplicació (González Montalvo & Alarcón Alarcón, 2008). L'adaptació de l'escala als canvis socials és pròpia de les escales de valoració social i una dificultat metodològica afegida que no es dona en les escales de valoració funcional.

També cal esmentar, com apunten els mateixos autors, que l'escala té validesa i fiabilitat, és senzilla d'aplicació, però té una capacitat discriminativa baixa (Cabrera González *et al.*, 1999). Hi ha treballs que corroboren aquest aspecte, amb percentatges molt elevats d'individus classificats de risc social (Monteserín Nadal *et al.*, 2008), o amb puntuacions molt similars a grups de subjectes amb criteris de complexitat social diversa, apuntada per treballadors socials especialitzats en geriatria (Guinovart Garriga, Guiteras Soley & Serra Crosas, 2003). Els autors també apunten que les categories "situació econòmica" i "habitatge" li resten coherència interna (Cabrera González *et al.*, 1999), i altres autors han considerat d'ometre-les per no considerar-les significatives en relació amb la destinació postalta d'un recurs geriàtric específic (Miralles *et al.*, 2003).

Tot i les seves limitacions, té també grans virtuts (senzillesa, fiabilitat, validesa...) i ha aconseguit una gran difusió, i en l'actualitat és, i amb molta diferència, l'escala de valoració social

més referenciada pel que fa a valoració social en l'ancià i de la qual consta més experiència d'ús a l'Estat espanyol, majorment en l'àmbit dels serveis de salut. Els treballadors socials que l'utilitzen ho solen fer en recursos especialitzats. No tenim coneixement d'ús o no n'hem trobat experiències publicades a escala de serveis socials de base.

És pel conjunt de totes les característiques esmentades que va ser l'escolliada per realitzar el treball que presentem.

6. Treball social i ús d'escales: àmbits i experiència

Des del desenvolupament de la Xarxa de Serveis Socials d'Atenció Primària a Catalunya als anys 80, la gestió dels recursos formals d'atenció social ha estat competència de l'atenció social primària.

La comunitat autònoma de Catalunya té la competència exclusiva en matèria de Serveis Socials. La Llei 26/1985, de 27 de desembre, de Serveis Socials, va definir què són els Serveis Socials, a qui s'adrecen i qui els formen; també els àmbits de població a atendre i com s'estructuren els Serveis Socials en atenció primària i atenció especialitzada. Es defineixen els Serveis Socials d'Atenció Primària com el primer graó d'accés a l'usuari, al qual aquest es pot dirigir en cas de necessitat. En aquesta època s'estableix que la gent gran serà objecte d'atenció dels serveis socials d'atenció primària.

També l'any 1985, en la "Ley 7/1985, de 2 de abril, Reguladora de Bases de Régimen Local", s'estableix què són els municipis i quines competències tenen en funció del nombre d'habitants. S'estableix que els Serveis Socials seran competència municipal a partir de 20.000 habitants.

És en aquest sentit que des dels Serveis Socials d'Atenció Primària s'ha anat adquirint experiència de treball en el camp de la gent gran, per la cobertura de les seves necessitats. Aquesta atenció professional s'ha basat en la recepció de la demanda que formula la persona, l'anàlisi de la situació i la implementació o no d'algun tipus de recurs que ajudi a la millora de la situació de la persona gran. Molts d'aquests recursos es gestionen des dels serveis socials: la diferent tipologia dels serveis d'atenció a domicili, els centres de dia per a persones grans, teleassistència... És important tenir en compte que tota aquesta tasca d'acollida i de treball moltes vegades es comparteix amb els serveis sanitaris (treballador/a social) de l'Atenció Primària de Salut, que es van incorporar uns anys més tard a les Àrees Bàsiques de Salut.

El desenvolupament legislatiu que s'ha donat des de llavors, amb la Llei d'administració institucional, de descentralització, de desconcentració i de coordinació del sistema català de serveis socials, del 1994, i el Decret legislatiu 17/1994, pel qual s'aprova la refosa de les lleis anteriors, van anar definint els serveis socials, establint-se un dret genèric als serveis socials per a tota la població i fent una proposta de sistema que va servir per posar en marxa una estructura pròpia, per avançar en la responsabilització pública de les administracions i per establir un sistema de participació dels agents implicats. Aquest procés ha fet un pas endavant de gran magnitud amb l'aprovació de la Llei 12/2007, d'11 d'octubre, de Serveis Socials de Catalunya, la nova Llei Catalana de Serveis Socials. Un dels aspectes que justificava la creació d'aquesta llei era que l'anterior sistema de serveis socials català es podia qualificar d'"assistencialista", en el sentit que, davant la insuficiència d'equipaments i serveis, per accedir-hi calia demostrar la manca de recursos suficients. Aquest sistema deixava fora a moltes persones. Es tracta, per tant, d'anar cap a un sistema universal, de reconeixement de drets per a tothom que tingui una determinada necessitat. Poc temps abans de l'aprovació de la Llei de Serveis Socials, a l'Estat espanyol s'havia aprovat la "Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia", l'objecte de la qual és reconèixer un nou dret de la ciutadania a Espanya, un dret universal i subjectiu: el dret a la promoció de l'autonomia personal i a l'atenció a les persones en situació de dependència, mitjançant la creació d'un Sistema per a l'autonomia i atenció a la dependència.

Aquests dos marcs normatius reforcen el paper dels Serveis Socials d'Atenció Primària com a eix vertebrador de tota la xarxa de serveis per a la població anciana. L'atenció primària és un dispositiu potent d'informació, diagnòstic, orientació, suport, intervenció i assessorament individual i comunitari. En l'actualitat la persona gran hi arriba des d'una perspectiva absolutament normalitzada, essent un dels col·lectius que arran del reconeixement de la dependència i les prestacions que se'n deriven com a dret ha incrementat exponencialment l'ús dels serveis d'atenció primària tant socials com sanitaris.

Si per una banda als Serveis Socials d'Atenció Primària els correspon la gestió dels recursos, cal comentar que els àmbits de problemàtica tan diversificada que tracten fan que la seva aproximació als problemes hagi estat necessàriament generalista. En la conjuntura actual, amb un gran nombre d'usuaris ancians, cada vegada es posa més de manifest la necessitat de comptar amb eines més precises per establir la tipologia i la intensitat dels recursos per a les situacions que es tracten. Si des de l'àmbit de la primària s'han desenvolupat i es gestionen els recursos socials, es pot dir que des de l'atenció especialitzada en gent gran és on s'han creat i desenvolupat eines més específiques de coneixement.

Aquest coneixement especialitzat l'han anat desenvolupant els treballadors socials en la seva incorporació als equips geriàtrics.

A l'Estat espanyol ha estat durant els darrers 20 anys que s'han anat introduint progressivament els mètodes de treball propis de la geriatria als diferents nivells de l'atenció sanitària.

I en concret a Catalunya, l'embrí del que acabarà sent la xarxa de recursos especialitzada en geriatria actual va ser la publicació i desenvolupament de l'Ordre de 29 de maig de 1986, de creació del Programa Vida als Anys d'atenció sanitària a la gent gran amb llarga malaltia.

La incorporació del coneixement especialitzat, la implementació de polítiques sanitàries i socials, així com el consegüent desenvolupament de la xarxa de recursos especialitzats i dels programes d'atenció geriàtrica a l'atenció primària, han configurat el marc d'atenció actual.

A Catalunya la visualització a escala organització de recursos de la necessitat d'un model d'atenció global per a l'atenció geriàtrica ha estat l'estreta relació establerta des del principi entre l'atenció sanitària i la social. El programa Vida als Anys i les posteriors propostes programàtiques, fins arribar a la creació al 2006 del Pla Director Sociosanitari, pel Decret 39/2006, de 14 de març, han estat programes interdepartamentals amb participació de les conselleries de Salut i d'Acció social i Ciutadania.

Pel que fa al desenvolupament del treball social en l'àmbit de l'atenció geriàtrica a Catalunya, cal dir que inicialment va estar molt vinculat als àmbits clínics sorgits de la implementació dels recursos específics de la xarxa sociosanitària: Hospitals Sociosanitaris, Programes d'Atenció Domiciliària Equip de Suport (PADES), Unitats Funcionals Interdisciplinàries Sociosanitàries (UFISS), Unitats Geriàtriques d'Aguts (UGA) i Hospitals de dia. Progressivament l'Atenció Primària Sanitària ha incorporat també en el seu fer els principis del treball geriàtric a la comunitat. La Valoració Geriàtrica Integral és actualment la tecnologia d'ús comú en l'atenció a la població anciana, tant en recursos especialitzats com en l'Atenció Primària Sanitària (González Montalvo & Alarcón Alarcón, 2008), (Monteserín Nadal *et al.*, 2008). En tot moment, però, mantenint-se dintre dels recursos vinculats a la xarxa sanitària.

En l'àmbit de l'atenció social primària, l'atenció a la població vella no s'ha fet, en general, amb la VGI com a tècnica de treball, tot i que de forma tangencial cada cop s'ha anat tenint més contacte i progressiu coneixement (encara que no maneig) d'alguns dels instruments de valoració funcional i cognitiva més bàsics i utilitzats (Índex de Barthel i Test de Pfeiffer) (Dòriga Bonnardeaux & Guillén Llera, 1998).

El marc de treball que han ofert els recursos geriàtrics específics per a l'exercici del treball social com a disciplina ha estat molt important. La pràctica multidisciplinària de la VGI ha donat un paper professional clau als treballadors socials en els equips i els ha convertit en el professional de referència en l'assoliment de resultats assistencials considerats clau en l'atenció geriàtrica: l'adequada ubicació a la comunitat del pacient ancià a l'alta hospitalària

i el sosteniment de la capacitat de l'entorn cuidador per tal d'assegurar una atenció de llarga durada adequada.

Dins dels estàndards de qualitat en geriatria de la Sociedad Española de Geriátria y Gerontología (SEGG, 2007) s'estableix que tots els equips han de comptar amb treballadors socials amb un nivell de recomanació de 8,7, igualat pràcticament al nivell de recomanació de metge i infermera, que és de 9,0 i 8,9 respectivament.

També es planteja que la tasca professional dels treballadors socials és clau, conjuntament amb els equips d'atenció primària sanitària, per assegurar la continuïtat de les cures en el procés de la transició a la comunitat des dels recursos sanitaris d'internament.

Dins d'aquests àmbits especialitzats, els treballadors socials coneixen i practiquen la VGI com a eina de treball comuna, cosa que els aporta un coneixement ampli dels instruments de valoració funcional, cognitiva i afectiva i fa que constatin el valor que poden aportar les eines de mesura com a llenguatge d'entesa multiprofessional i també com a orientació en la tipologia i intensitat dels recursos que es necessiten. La consolidació de les tasques professionals dels treballadors socials als equips és important, com ho demostra l'existència de publicacions específiques definitòries d'aquestes (Casals i Arnau, De Vicente, Garriga & Tabueña, 2005).

Tot i la implementació evident del treball social en la pràctica clínica dels equips geriàtrics, cal esmentar que l'ús d'escalas de valoració social per part dels treballadors socials, encara que moltes vegades està incorporat a la pràctica assistencial, no ha generat (o si n'ha generat no ha transcendit de forma substancial) l'aportació de coneixement específic en l'àmbit professional. Les experiències publicades són escasses, molt sovint realitzades en un marc d'uns pocs equips multidisciplinaris i en contextos de recerca. La inclusió sistemàtica de la mesura de la funció social entre els treballadors socials que atenen els ancians encara no ha assolit una implantació generalitzada, i de moment no en transcendeixen gaires resultats. Tanmateix, la inquietud existeix, com ho demostren treballs com els d'Irene De Vicente dins l'equip de geriatria de l'Institut Municipal d'Assistència Sanitària de Barcelona (De Vicente *et al.*, 1996), (Sabartés *et al.*, 1999) amb les seves aportacions sobre l'ús de l'Escala de Gijón, de Carme Guinovart utilitzant la mateixa escala en un treball sobre complexitat d'intervenció social (Guinovart Garriga *et al.*, 2003) i d'Alicia Casals, Núria Fàbregas i Neus Llinàs en una interessant proposta a partir de l'anàlisi d'alguns instruments existents, una proposta de nou qüestionari de salut social amb gran rigor metodològic (Casals *et al.*, 2005).

L'aportació que els treballadors socials han fet en els equips geriàtrics especialitzats ha estat molt valuosa, encara que ha continuat molt centrada en la pràctica clínica clàssica, i sense una incorporació efectiva i generalitzada de les eines de mesura en la valoració social de les problemàtiques ateses.

Cal esmentar l'única proposta de mesura que coneixem dissenyada i duta terme exclusivament per part de treballadors socials. És l'anomenada Escala VATAD per a la valoració social de les persones grans (Aretro Romero & Sedano Cadiñaros, 2002). Es va desenvolupar a partir de la col·laboració d'un grup de treballadors socials dins d'un àmbit geogràfic comú, treballant en diferents institucions de salut i serveis socials. L'escala recull un nombre de variables important agrupades en 12 àmbits, amb un barem de classificació doble: per punts i per lletres. Per punts s'identifica el risc social i per lletres si la persona és fràgil, pacient geriàtric, o té risc de maltractaments.

Desconeixem si s'han publicat resultats de la seva aplicació.

En els dos darrers anys, i des de l'aprovació de la "Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia", s'està generant un canvi transcendental en la manera d'entendre i treballar la cobertura de les necessitats de les persones en situació de dependència. La població geriàtrica constitueix el volum més important dels col·lectius a atendre. Per a una intervenció adequada dels treballadors socials en el desenvolupament i aplicació (orientació en l'assignació de la prestació adequada a cada situació familiar, seguiment de la seva adequació en el temps, reorientació segons canvis produïts tant per la dependència progressiva com pels efectes sobre l'entorn familiar i de cures...), serà clau avançar en la utilització sistemàtica d'eines de mesura de la funció social que permetin objectivar i categoritzar millor la situació social observada, monitoritzar els canvis al llarg del temps d'intervenció, ajustar en cada situació individual el difícil equilibri entre la provisió de recursos formals i informals que aquesta requereixi, així com avançar cap el llenguatge comú de la mesura propi d'altres disciplines assistencials amb les quals cal i caldrà un treball multidisciplinari.

El paper que els Serveis Socials d'Atenció Primària tenen en aquest context és clau, i la seva experiència en l'ús d'instruments de valoració és molt limitada.

L'articulació d'un continuïum d'atenció entre els sectors sanitari-social i els àmbits d'atenció primària i especialitzats haurà de ser àgil, i amb una necessitat d'entesa important en la lectura i apreciació del recurs adequat a cada moment de l'evolució de les necessitats canviants de l'ancià, pròpies de la seva vulnerabilitat. Els instruments de valoració social poden ajudar molt en aquesta xarxa de treball transversal que s'apunta com l'opció més eficaç per afrontar el repte d'atenció d'aquest col·lectiu. És també l'oportunitat perquè el treball social acceleri el procés de coneixement en l'ús d'instruments, i n'assoleixi un maneig rigorós i contrastat que porti a la generació de coneixement especialitzat. Són condicions indispensables per millorar les intervencions professionals i incrementar el reconeixement professional en totes les disciplines implicades en l'atenció dels ancians.

Desenvolupament de la recerca

1. Antecedents

La primavera de l'any 2007, des de la coordinació dels Serveis Socials del Consell Comarcal d'Osona, es va veure la necessitat de treballar en la millora dels sistemes de valoració de la gent gran per part dels treballadors socials. Per aquest motiu es va impartir un curs pràctic sobre instruments de valoració estandaritzats en geriatría, on es pretenia donar a conèixer la utilitat d'aquests instruments com a fórmula per aportar rigorositat i objectivitat a les activitats de valoració, així com incrementar les habilitats en la categorització de les situacions socials de les persones ateses.

A partir de l'interès d'una part dels assistents i del Consell Comarcal es va creure interessant continuar treballant sobre el tema. Per aquest motiu es constitueix un grup de treball (octubre 2007-setembre 2009) amb l'objectiu d'arribar al consens en les valoracions socials que es fan de les persones que s'atenen, recollint-les en un instrument rigorós i objectiu. Es veia important que aquest consens sorgís de l'atenció real que es dona en el treball quotidià dels treballadors socials, de manera que es pogués construir coneixement com a fruit de l'experiència.

El grup de recerca l'integraven 9 professionals del treball social de la comarca d'Osona, pertanyents a diferents serveis. Concretament, l'equip de treball estava format per 4 treballadores socials de Serveis Socials d'Atenció Primària dels municipis de Centelles, de la Mancomunitat La Plana, del Consorci de Serveis Socials d'Osona i de Torelló, 2 treballadores socials del Consell Comarcal d'Osona, 2 treballadores socials d'Àrees Bàsiques de Salut de Tona i del Voltreganès, i 1 treballadora social de l'Hospital de la Santa Creu de Vic.

2. Objectius generals i objectius específics

El treball s'ha estructurat en dues fases, que es corresponen als dos grans objectius principals i als objectius específics corresponents.

PRIMERA FASE: OCTUBRE 2007-FEBRER 2008

Objectiu general 1

Consensuar una nova versió d'una escala de valoració social per adaptar-la a la casuística del treball social.

Objectius específics 1

- Analitzar les versions prèvies de l'escala
- Revisar i adequar la categorització de l'escala a la casuística atesa als serveis socials.
- Fer una nova versió de l'escala i confeccionar el manual d'ús.

SEGONA FASE: MARÇ 2008-ABRIL 2009

Objectiu general 2

Aplicar la versió consensuada de l'escala a una mostra de població geriàtrica amb objectius descriptius, d'observació d'ús i comprovació d'hipòtesis.

Objectius específics 2

- Correlacionar la puntuació obtinguda a l'escala i les variables independents (sexe, edat i tipus de cas) amb la classificació de problemàtica social definida pel treballador social (gold standard)
- Observar les característiques dels casos segons la classificació de problemàtica social definida pel treballador social
- Valorar si la nova versió de l'escala permet establir punts de tall amb millor capacitat discriminativa que versions prèvies.
- Comprovació de la hipòtesi

3. Objectiu general 1

Consensuar una nova versió d'una escala de valoració social per adaptar-la a la casuística del treball social

Per assolir l'objectiu principal es van dur a terme les activitats descrites pels objectius específics ja esmentats. En primer lloc exposarem de forma breu el **mètode de treball** seguit en aquesta primera fase del treball, i posteriorment desenvoluparem els aspectes concrets referits als objectius específics.

Es va treballar a partir de l'anàlisi de les quatre versions prèvies l'Escala Sociofamiliar de Gijón que senyalem a continuació:

- Versió de l'Escala de Gijón elaborada per Díaz-Palacios i altres (Díaz Palacios, M. *et al.*, 1994) (annex fig. 1)
- Versió modificada de l'Escala de Gijón per Alarcón-Montalvo. (Alarcón, T.; González Montalvo, J., 1998) (annex fig. 1)
- Versió de l'Escala de Gijón (EVSF) utilitzada per Sabartés i altres (Sabartes, O. *et al.*, 1999) (annex fig. 1)
- Escala d'avaluació sociofamiliar (modificada de l'Escala de Gijón) de Miralles, Sabartés i Ferrer (Miralles, R. *et al.*, 2003) (annex fig. 2)

Per facilitar la comprensió del contingut del treball, a partir d'ara exposem a què ens referirem quan utilitzem els termes que segueixen:

- **Dimensió** a cadascuna de les *cinc àrees de categorització de l'escala*: Condicions familiars (CFAM), Contactes socials (CSOC), Assistència rebuda (AREB), Economia (ECON) i Habitatge (HAB). A partir d'ara utilitzarem els acrònims que figuren en els parèntesis quan ens referim a cada dimensió.
- **Ítem** a cadascun dels cinc enunciats descriptius que conté cada dimensió. Cada ítem correspon tant a l'enunciat descriptiu com a la puntuació que s'atorga si la valoració de la situació es correspon a aquest descriptor.

Dins de cada dimensió, els 5 ítems que conté estan categoritzats amb un criteri de progressivitat, de menys a més risc social, d'1 a 5.

El grup va treballar en la comparació d'aquestes versions existents de l'Escala de Gijón, analitzant els ítems de cadascuna de les dimensions i analitzant avantatges i inconvenients generals de cadascuna de les versions.

En cada dimensió es consensuava la versió de l'Escala de Gijón que era més adient a la casuística del treball social. A partir d'aquí, es van anar introduint les modificacions oportunes per ajustar els ítems descriptors a les situacions habituals i introduint descriptors nous que recollissin situacions socials emergents, no incloses en les versions de les escales prèvies. Tots els acords consensuats es registraven, argumentant-ne el motiu. La tasca més important realitzada en aquest procés va ser el de fixar el criteri de discerniment utilitzat per decidir un ítem o altre, dins de cada dimensió. Un cop acordat, es redactava al manual d'ús el criteri justificatiu de cada ítem.

En aquest procés de consensuar la nova versió de l'escala es va dur a terme una prova pilot que va consistir en dues tandes d'aplicació pràctica sobre casos reals. Es tractava que cada membre del grup utilitzés l'escala, amb les modificacions que s'anaven consensuant. Calia anotar les incidències que apareixien en la dificultat de categoritzar, situacions que l'escala no recollia i dubtes en la categorització, perquè després el grup pogués redefinir els ítems.

El total de persones avaluades en aquest procés de depurar l'escala va ser de 168 (maig-juliol 2007) i 111 (octubre-desembre 2007).

Tot i que l'objectiu d'aquesta primera fase del treball no incloïa la classificació de les persones per la seva problemàtica social, es va considerar convenient afegir-la al full de recollida de dades. La raó és que oferia la possibilitat de poder recollir les dificultats que poguessin tenir els treballadors socials en realitzar aquesta classificació. Tot i que en totes les versions de l'Escala de Gijón s'opta per classificar en tres nivells de dificultat social (Bona/adequada, risc social, problemàtica social) es va acordar fer un rang de cinc categories per oferir més precisió als treballadors socials. En concret va quedar com es detalla a continuació: problema social sever (PSS), problema social moderat (PSM), problema social lleu (PSLL), bona situació social (BSS) o molt bona situació social (MBSS). A partir d'ara utilitzarem els acrònims que figuren en els parèntesis per referir-nos als graus de problemàtica social que categoritza el treballador social.

Els criteris seguits pels registres en aquesta prova pilot van ser els següents:

- Edat: persones de 65 anys o més.
- Persones conegudes per algun dels serveis on exerceixen les treballadores socials, i escollits aleatòriament.
- La professional elaborava el genograma familiar, com a eina per situar la resta de membres del grup, en el cas de presentar incidències o dubtes
- Les dades de l'escala es van registrar a partir de la informació que constava als expedients socials.

El procés a seguir per passar l'escala de valoració social va ser:

- En primer lloc, la treballadora social feia una valoració de la problemàtica social de la situació presentada per la persona i/o família seguint el seu mètode de treball habitual i classificava el risc social del cas segons les 5 categories de risc.
- En segon lloc, la treballadora social complimentava l'escala, és a dir, definia quin ítem era el més pertinent de cada dimensió per a la situació avaluada i anotava la puntuació global obtinguda.
- En tercer lloc, calia anotar en el mateix full qualsevol dubte que podia sorgir en la interpretació dels enunciats, en el moment del registre i fer proposta de com s'hauria d'aclarir en el manual d'ús, així com també registrar les situacions que l'escala podia no recollir. Així com també els criteris que els feien decidir per assenyalar un ítem o un altre en cas de dubtes.
- En quart lloc, s'identificaven les dades sociodemogràfiques de la persona valorada i se li assignava número de cas.

Tal com hem dit, després de cada període el grup de treball es va reunir diverses vegades per analitzar els casos en què es donaven dificultats de categorització. Per facilitar la tasca d'anàlisi es va treballar en les dimensions per separat.

Tot i que el treball estava molt enfocat a l'anàlisi dels enunciats dels ítems, van sorgir tot un conjunt d'aclariments de caire general que hem fet constar en la primera part del manual.

Alguns dels més importants van ser:

- Acordar quin havia de ser el moment en què es recollia la informació, ja que alguns professionals, pel seu coneixement del cas, tendien a fer projecció de futur de la valoració social (per exemple, com es preveia l'evolució d'una determinada situació de dependència o una previsió de la no-implicació familiar en les cures...)
- Concretar la sintaxi dels enunciats. La utilització dels punts i seguit permet referir-se a diverses problemàtiques que no es donen a la vegada, però a les quals es pot atribuir el mateix nivell en gradació de problema social. Es va acordar que si tan sols se'n donava una, el cas es categoritzava en aquell ítem.

Objectius específics

- **Analitzar les versions prèvies de l'escala**
- **Revisar i adequar la categorització de l'escala a la casuística atesa als serveis socials.**
- **Fer una nova versió de l'escala i confeccionar el manual d'ús.**

A continuació es descriu el procés seguit per assolir els objectius específics plantejats. Per facilitar la comprensió del procés de treball es detallen els aspectes bàsics del procés de consens que va fer el grup de treball per a cada dimensió de l'escala per separat.

DIMENSIÓ: **Condicions familiars (CFAM)**

Des del punt de vista teòric les condicions familiars se situen dins de la dimensió genèrica de "Xarxes socials", proposada la Conferència de Florència (1995).

La reflexió inicial del grup és que aquesta és la dimensió que ha de reflectir bé l'estructura familiar. En les versions prèvies hi ha dos aspectes que ens resultaven confusos: el conflicte familiar i la dependència física o psíquica de la persona avaluada. En la versió que proposem no s'inclouen aquests aspectes, pels motius següents: el conflicte és susceptible d'interpretació subjectiva i la seva no-existència tampoc assegura una cobertura adequada de les necessitats. Pel que fa a la dependència física/psíquica de la persona, es considera que amb els canvis produïts en els darrers anys, en què ha augmentat l'ús d'escala de valoració, tant funcionals com cognitives, en els equips d'atenció primària de salut, el treball conjunt que es realitza en els casos comunitaris amb els serveis socials d'atenció primària i l'existència de les valoracions de dependència previstes en la LAPAD donen elements als treballadors socials per a l'orientació i adjudicació als serveis o recursos.

Per la dimensió de CFAM es va escollir treballar amb la versió Miralles-Sabartés-Ferrer (Miralles *et al.*, 2003).

Versió Miralles-Sabartés-Ferrer		Versió definitiva
1	Viu amb parella i/o família sense conflicte familiar	Viu amb parella i/o família
2	Viu amb parella d'edat similar	Viu amb parella i/o familiar d'edat similar
3	Viu amb parella i/o família però són incapços o no estan disposats a fer-se'n càrrec (cuidar-lo)	Viu amb parella i/o família però sense capacitat i/o disponibilitat i/o disposició de fer-se'n càrrec (cuidar-lo) i/o no se'n surten en l'atenció de les seves necessitats. Cuidador amb sobrecàrrega
4	Viu sol, hi ha fills/es o altres familiars però no se'n surten en l'atenció de les seves necessitats.	Viu sol. Hi ha fills/es o altres familiars. No se'n surten en l'atenció a les seves necessitats
5	Viu sol, família distant, carència de cures, no hi ha família ni cuidadors.	Viu sol. Família distant (físicament o afectivament). No se'n ocupen. Carència de cures. No hi ha familiars ni cuidadors.

La versió Miralles-Sabartés-Ferrer de l'Escala de Gijón és la que s'acostava més al plantejament exposat, ja que ha suprimit la menció de la dependència de l'usuari. L'ítem 3 introdueix els conceptes de capacitat física i mental, així com la disposició (voluntat d'implicació de la família). El grup de treball considera aquests dos aspectes claus a l'hora d'identificar les possibilitats de treball amb els recursos interns del grup familiar. Es planteja d'afegir-hi la disponibilitat (temps de dedicació), ja que la difícil compaginació de les obligacions laborals i familiars és una de les problemàtiques més esteses a l'hora d'organitzar el sistema de suport informal. La versió proposada recull el risc de viure sol combinat amb dues variables relatives a l'estructura familiar que la condicionen: si hi ha una localització pròxima/llunyana de la família (s'entén distant en el sentit de llunyania física).

A l'ítem 2 es va considerar la possibilitat de convivència amb familiars d'edat similar però que no siguin cònjuges (per exemple dos germans i/o altres). Cobreix un ventall de possibilitats més ampli mantenint el criteri de nucli familiar compost per persones grans i de més risc que l'ítem 1.

A l'ítem 3 s'incorpora la descripció d'una situació social emergent com és la del cuidador amb sobrecàrrega, tot i que des d'un punt de vista teòric la sobrecàrrega (seguint criteris de la Conferència de Florència) constituiria una dimensió específica; no era objectiu del grup canviar l'estructura bàsica de l'escala. Es va treballar el consens sobre què s'entendria per sobrecàrrega, ja que es van evidenciar grans diferències entre els membres del grup en la interpretació del concepte (aclariments al manual d'ús).

DIMENSIÓ: **Contactes Socials (CSOC)**

Des del punt de vista teòric, els contactes socials estarien situats dins de la dimensió genèrica "Xarxes Socials" proposada per la Conferència de Florència (1995).

	Versió Miralles-Sabartés-Ferrer	Versió definitiva
1	Contactes socials fora del domicili. El pacient és capaç de sortir al carrer	Contactes socials fora del domicili. El pacient surt al carrer
2	Contactes socials només amb família, veïns, altres. El pacient és capaç de sortir al carrer.	Contactes socials amb la família, veïns, altres (botiga, metge/infermera CAP, etc.) El pacient surt o no al carrer.
3	Contactes socials només amb la família. El pacient és capaç de sortir al carrer.	Contactes socials només amb la família i/o àmbit de relació restringit. El pacient pot sortir al carrer.
4	El pacient no és capaç de sortir al carrer però rep visites.	Rep visites de forma puntual. No pot sortir al carrer.
5	El pacient no és capaç de sortir al carrer i no rep visites.	No rep visites. No pot sortir al carrer. Aïllament social

Per a la dimensió de CSOC es va escollir treballar amb la versió Miralles-Sabartés-Ferrer (Miralles *et al.*, 2003).

En les diferents versions estudiades, els autors utilitzen els conceptes relacions i contactes com a sinònims. Nosaltres optem per contactes, ja que valorem que el concepte relacions té connotacions més complexes. La versió Miralles ja parla sempre de contactes, manté una unificació dels enunciatos en incloure en tots els ítems el tipus de contacte i la capacitat d'accés al carrer. En la versió de l'Escala de Gijón d'Alarcón i González Montalvo hi ha un aspecte interessant, en els ítems 3 i 4, que és la quantificació dels contactes; però finalment es desestima per no complicar excessivament el compliment del registre.

Es precisa el concepte "ser capaç de sortir al carrer" perquè "ser capaç" no implicava fer-ho. Es van redactar de nou els enunciatos de manera que els ítems 1, 2 i 3 recollissin que el malalt podia sortir al carrer si volia (és a dir, no hi havia cap impediment físic ni estructural o estava resolt amb ajudes tècniques). Els ítems 4 i 5 recollien la impossibilitat d'accedir al carrer.

L'ítem 2 es va redactar de manera que donés l'opció de clarificar els casos que tot i no sortir al carrer mantenien un bon nivell de contactes socials.

A l'ítem 5 s'hi va incloure el concepte "aïllament social", per poder-hi classificar aquells casos en què per diferents circumstàncies els contactes de l'usuari són pràcticament nuls. Es veia necessari reflectir casos de reclusió voluntària al domicili, tot i no tenir impediments per accedir al carrer i/o a la relació social.

DIMENSÍO: Assistència/ajut rebuda per la Xarxa de recursos (formals/informals) (AREB)

Des del punt de vista teòric, la dimensió "Assistència rebuda" se situa dins la dimensió genèrica "Suport Social" proposada per la Conferència de Florència.

Per a la dimensió AREB es va escollir treballar amb la versió Miralles-Sabartés (Miralles *et al.*, 2003).

	Versió Miralles-Sabartés-Ferrer	Versió definitiva
1	No requereix assistència	No requereix ajut
2	Requereix assistència de la família o veïns	Requereix ajut i el rep de la xarxa informal (família-veïns...) i és suficient.
3	Requereix assistència de la xarxa social (de recursos) i és suficient (centre de dia, ajuda domicili, residència...)	Requereix ajut i el rep de la xarxa de recursos formals (SAD, centre de dia...) i és suficient. Rep atenció per cuidador extern.
4	Requereix assistència de la xarxa social (de recursos) i no és suficient	Requereix ajut i el rep tant de la xarxa informal i/o formal i no és suficient.
5	No hi ha suport de la xarxa de recursos i és necessari	No hi ha suport de la xarxa de recursos (formal/informal) i/o no es pot exercir i és necessari.

La versió Miralles-Sabartés-Ferrer de l'Escala de Gijón és la que s'acosta més al nostre treball quotidià, encara que canviant "xarxa social" per "xarxa de recursos (formals/informals)". Totes les versions anomenen aquesta dimensió "Apoyos de la red social". Fent l'anàlisi del contingut dels enunciats de totes les versions de l'Escala de Gijón, es posa de manifest que es parla tant del suport/ajudes que realitza la família, veïns, altres (la xarxa social), com també el que prové d'institucions, serveis socials, administracions, etc. Creiem que és més clarificador distingir ambdues fonts d'ajuda com a recursos informals i recursos formals. Un argument per fer aquesta distinció el veiem en la pràctica professional del treballador social, que considera la persona i el seu entorn proper com a primer recurs a treballar en les situacions de necessitat. Un altre argument per distingir entre recursos formals/informals és que, partint de la proposta de dimensions que fa la Conferència de Florència, quan es parla de "Recursos socials" es refereix tant als recursos formals (els que ofereix l'administració pública) com als recursos "d'infraestructura" del propi usuari, com són la situació econòmica i l'habitatge.

En el cas dels recursos formals hi ha implícita una valoració professional, una orientació i una concreció del recurs. Definim els recursos informals com els que exerceixen la família o altres membres de la xarxa social sense contraprestació econòmica.

La versió de Miralles-Sabartés-Ferrer no contempla els ítems "Pendent d'ingressar a Residència Geriàtrica" (present a les versions 1, 2, 3) i "Està ingressat en residència o Hospital de dia" (versió 4). Valorem que cap d'aquests dos ítems no aporta informació rellevant respecte al risc social de la situació.

En el cas de l'ítem "Pendent d'ingressar a Residència Geriàtrica", es pot suposar un nivell de dependència ja avaluat combinat amb una situació social que no es pot resoldre, encara que no necessàriament ha de ser així. En el grup de treball hi havia constància de casos d'aquestes característiques en què la persona està molt ben atesa tant per la família com pels serveis comunitaris, en el moment previ d'ingrés a residència. En tot cas, el que es desprèn d'aquest enunciat tal com està plantejat és que el nivell de recursos en la situació de necessitats que s'avalua no és suficient.

En el cas de l'ítem "Estar ingressat a una residència o hospital de dia" passa una mica el mateix. D'una banda, si l'usuari està ingressat en una residència geriàtrica (considerat el recurs formal de més alta intensitat assistencial) entenem que les seves necessitats requerien aquest recurs per cobrir-les. Valorem que potser no és massa coherent donar-li la màxima puntuació, com a indicador de risc social. D'altra banda no creiem que es pugui assimilar residència a hospital de dia, ja que acudir-hi no dóna per si sol una idea del nivell de cobertura de totes les necessitats de l'usuari (continuarà vivint al seu domicili...).

Entenem que la versió Miralles-Sabartés-Ferrer elaborada ens aportava una visió més estructurada, basada en els dos grans conceptes que totes les versions apunten, que són:

- Nivell de necessitat (no requereix ajut, necessita ajut permanent)
- Fonts d'ajuts (familiar, voluntariat, Sad, "formal", residència...).

Partint d'aquesta idea i amb la versió Miralles-Sabartés-Ferrer com a base, proposem un seguit de modificacions per incorporar els dos conceptes en tots els enunciats de la dimensió, la combinació de les fonts de suport formal/informal, i la gradualitat tant en la incorporació progressiva de més recursos com en el nivell de resolució de les necessitats.

S'adopta la diferència de "requereix ajut" vers "rep ajut" perquè s'entén millor que s'ha donat una valoració professional que ho indica.

També assimilem el concepte assistència a ajut, ja que creiem que és més precís, tangible, i és al que realment diversos dels autors es refereixen quan parlen de "apoyo", "ayuda", "asistencia".

Es va considerar que en el cas dels recursos formals hi ha implícita una valoració professional i una orientació i concreció del recurs. Pel que fa als recursos informals, vam considerar incorporar una definició ja establerta (Rodríguez Rodríguez, 2006) que els defineix com els que són proveïts per la família i/o altres membres de la xarxa social sense contraprestació econòmica i amb compromís de certa durada i no de manera esporàdica.

També es va reforçar la comprensió del terme “requereix ajut”, afegint-hi la precisió semàntica “i el rep”, ja que en la primera versió en els ítems 3 i 4 només s’expressava “requereix ajut” i calia sobreentendre que es rebia.

A l’ítem 3 es va recollir una situació social emergent, “Rep atenció de cuidador extern”. L’existència de cuidadors domiciliaris externs a la família, tant de 24 hores com a temps parcial, va ser constatada en diversos casos. La discussió del grup respecte a aquesta situació de cuidadors de 24 hores va anar en dos sentits: si calia incloure aquests cuidadors dins el concepte de convivència, i com calia classificar el tipus de suport (formal/informal) que exerceixen.

L’acord pres va ser que l’existència de cuidador extern no es consideraria convivència, ja que l’heterogeneïtat tant de les característiques de les persones que les realitzen, com de les actuacions que fan, no permetia ubicar-lo en el concepte convivència. Així si l’usuari vivia sol, amb diferents graus d’ajut per part de cuidadors externs, es classificaria a l’ítem 4 de la dimensió “Condicions familiars”. Els mateixos arguments van fer-nos decantar per no entrar a valorar si el cuidador extern podia ser considerat recurs formal o informal. La contraprestació econòmica dels seus serveis va ser considerat el seu tret més definitori. Es va acabar formulant com un descriptor dins l’ítem 3, amb la intenció de reflectir que en les situacions en què presten els seus serveis solen ser casos d’usuaris amb necessitats moderades/altes o amb fragilitat social. Tenir cuidador extern 24 hores no eximeix que el cuidador principal es responsabilitzi i es faci càrrec global de la situació.

L’existència de cuidadors de 24 hores és un exemple de la necessitat d’ajustar l’escala a situacions socials canviants, en el sentit que cal definir la nova situació social i com se situa aquesta situació dins la valoració de dificultat-risc.

A l’ítem 5 s’hi va incloure la situació de no poder exercir els suports que la situació requereix. Les treballadores socials van aportar casos en què, tot i haver-hi possibilitats de suport, l’usuari el rebutja de forma total, o amb la seva actitud no en facilita la realització de forma regular. El resultat és l’absència del suport necessari.

DIMENSIÓ: **Situació econòmica (ECON)**

Des del punt de vista teòric la dimensió “Situació econòmica” se situa dins la dimensió genèrica “Recursos socials” proposada per la Conferència de Florència.

Per a la dimensió ECON es va escollir treballar amb la versió Díaz-Palacios (Díaz-Palacios et al., 1994)

Escala Gijón (Díaz Palacios)		Versió definitiva
1	Dues vegades l'SMI	Més de 2 vegades indicador de renda de suficiència IRS – (> 2 x IRS) -
2	1,5 vegades l'SMI	Entre una vegada i mitja i dues l'IRS – (1,5 x IRS ↔ 2 x IRS) -
3	Pensió mínima contributiva	Entre una vegada i una i mitja l'IRS – (> 1 x IRS ↔ 1,5 x IRS) -
4	LISMI, FAS. No contributiva	Igual o inferior a 1 x IRS – (≤ 1 IRS)-
5	Sense pensió ni altres ingressos	Sense ingressos fixos

En la primera anàlisi que el grup va fer d'aquesta dimensió, s'observa que la versió Díaz Palacios de l'Escala de Gijón pot ser la més adequada, ja que era l'única que es referia a un paràmetre econòmic (salari mínim interprofessional –SMI–) que permetia la seva actualització automàtica en el temps, a diferència de les altres versions que assignen a cada ítem quantitats concretes, que quedaran desfasades amb el temps. En la versió definitiva es va considerar de redactar de nou tots els ítems d'una forma més precisa a partir de l'Indicador de Renda de Suficiència (IRS) i no pas conceptes retributius. És un indicador utilitzat de forma habitual per les administracions públiques, especialment en l'àmbit de la valoració de les situacions econòmiques en relació a l'accés a recursos socials, i s'actualitza de forma automàtica anualment.

Els acords que es van prendre feien referència al que es considerava ingrés econòmic (ententent com a ingressos del sistema públic de prestacions, i només de l'usuari que s'analitza) i de com es comptabilitzava. També es va incloure aquí la referència als ajuts econòmics públics per atenció a la dependència a domicili. La LAPAD estava en una fase molt inicial de desplegament, encara que ja s'intuïa que es podia donar la situació que moltes persones dependents acabessin optant per la "prestació econòmica per a cuidador no professional". L'acord a què es va arribar va ser el d'incloure els ajuts econòmics públics als ingressos de l'usuari. El fet d'incloure aquestes prestacions als usuaris a l'ítem 4 està basat en la constatació de l'experiència assistencial prèvia al desplegament de la LAPAD, que sovint la situació dels usuaris que les rebien era fràgil a nivell social.

DIMENSIÓ: Habitatge (HAB)

Des del punt de vista teòric, la dimensió “Habitatge” és considerada dins la dimensió genèrica “Recursos socials” proposada per la Conferència de Florència.

Per a la dimensió HAB es va escollir treballar amb la versió Alarcón-González Montalvo (Alarcón Alarcón & González Montalvo, 1998).

Escala Gijón modificada (Alarcón-González Montalvo)		Versió definitiva
1	Adequada (llum, aigua, calefacció, bany, telèfon)	Adequat. Disposa de tots els subministraments, adaptacions i equipaments (calefacció, bany, telèfon, ascensor)
2	Equipament inadequat (falta una cosa de la llista anterior)	Barreres arquitectòniques externes i/o falta algun equipament del llistat anterior.
3	Barreres arquitectòniques	Barreres arquitectòniques internes al domicili.
4	Habitatge inadequat (falten dues coses o més de la llista anterior)	Equipament inadequat (falten dos o més equipaments del llistat) i/o subministraments i/o altres (humitats, descurança)
5	No té casa (absència d’habitatge)	Habitatge inadequat: barraca, absència d’habitatge

En l’anàlisi de les diferents versions de l’Escala de Gijón, en aquesta dimensió es va acordar treballar a partir de la versió de l’Escala de Gijón modificada d’Alarcón Alarcón-González Montalvo. S’observa que totes les escales estudiades es refereixen a tres conceptes: equipaments, barreres arquitectòniques i problemes derivats del manteniment. En el cas de la versió d’Alarcón Montalvo es va considerar clarificadora la idea de partir d’una descripció del que es considera habitatge adequat (amb l’enumeració de tots els equipaments mínims), i determinar la no adequació a partir de la manca d’un nombre determinat d’aquests.

Respecte el tema de les barreres arquitectòniques, gairebé sempre l’associem a tenir escales d’accés al domicili. Vàrem acordar incloure l’ascensor dins el llistat d’equipaments. Si aquest era l’únic equipament que faltava al domicili, aquest problema quedava recollit a l’ítem 2, i en el cas que s’hi afegís una altra mancança ja es classificava a l’ítem 4. A l’ítem 3 es va

afegir el matis de barreres arquitectòniques "internes", ja que aquest fet situava aquest ítem en el concepte de gradualitat de dificultat que tota l'escala de valoració té. Tot i que no és la situació ideal, el fet de no poder accedir al carrer, es valora que no impedeix a un malalt ser atès al domicili, si aquest té les adaptacions necessàries. En aquest sentit, valorem una problemàtica més accentuada tenir barreres internes que externes. Es va suprimir la referència a la necessitat d'adaptacions, ja que es va considerar una obvietat; com tampoc era coherent amb el criteri genèric acordat de valorar les situacions en el present (tal com eren i no com haurien de ser).

L'ítem 4 es deixa igual a la referència de la versió Alarcón Alarcón-González Montalvo i es complementa amb la referència als subministraments i problemes derivats del manteniment, que ja havien estat introduïts en la primera proposta d'escala modificada.

Les versions Díaz Palacios (Díaz Palacios, 1994) i Miralles-Sabartés-Ferrer (Miralles *et al.*, 2003) recullen el concepte de deteriorament, relacionat amb el manteniment de l'habitatge. És relativament freqüent, en l'àmbit d'atenció a la persona gran, de trobar domicilis amb un deteriorament important per higiene inadequada o incapacitat de resoldre els problemes de manteniment. Aquests aspectes es van incorporar a l'ítem 4, ja que es va valorar que pot ser considerat indicador de risc social.

En la proposta definitiva ens va semblar clarificador introduir la diferenciació entre subministraments (aigua, llum, gas), equipaments (calefacció, bany, telèfon, ascensor) i adaptacions (podien existir barreres com una banyera, però amb un ajut tècnic que ja no suposava un inconvenient; o graons d'accés a l'ascensor, però amb rampa, etc.). Això permet una gradació de la dificultat, ja que es valora que si un habitatge no té subministraments és una situació més greu que si té mancances d'equipaments. La referència a les adaptacions també volia recollir la situació cada vegada més habitual, en l'àmbit geriàtric, de la incorporació d'adaptacions i reformes als habitatges per facilitar l'autonomia dels usuaris.

Es manté la idea de partir de la situació òptima de l'habitatge, recollit a l'ítem 1, i anar "restant" condicions, considerant que augmenta el risc.

El resultat del treball desenvolupat durant la primera fase, que respon al primer objectiu plantejat, es concreta en els dos documents següents:

- la proposta definitiva de l'escala, que anomenem Escala de valoració sociofamiliar de Gijón/versió TSO (Treball Social Osona) (annex 1, fig. 4)
- el manual d'ús de l'escala (annex 2)

4. Objectiu general 2

Aplicació de la versió consensuada de l'escala a una mostra de població geriàtrica amb objectius descriptius, d'observació d'ús i comprovació d'hipòtesis.

L'objectiu que passem a desenvolupar recull tots els aspectes de la recerca pròpiament dita. En l'exposició que segueix s'exposen la hipòtesi de treball, la metodologia utilitzada i els resultats obtinguts en relació amb cadascun dels objectius específics plantejats per assolir l'objectiu principal.

1. Hipòtesi, disseny i mètode

Hipòtesi

El grau de problemàtica social en la població geriàtrica estudiada té més relació amb les dimensions dinàmiques de l'escala (estructura familiar, suport social i contactes socials) i menys amb l'habitatge i l'economia.

S'examina si donant pesos relatius diferents a les diverses dimensions de l'escala millora la seva capacitat discriminativa o s'ajusta millor al grau de problemàtica que ha classificat la treballadora social.

Tipus d'estudi

Estudi descriptiu prospectiu de valoració social a partir de les puntuacions d'una escala específica (Gijón modificada –TSO) i del criteri dels treballadors socials.

Àmbit d'estudi

Comarca d'Osona, i en concret els serveis següents: Àrees bàsiques de salut de Tona (5 municipis) i del Voltreganès (4 municipis); Serveis Socials d'Atenció Primària de Centelles, de Torelló, Mancomunitat La Plana (10 municipis) i Consorci d'Osona de Serveis Socials (9 municipis); i Hospital Sta. Creu de Vic.

Com a comentari, una de les àrees bàsiques atén persones dels municipis de La Mancomunitat La Plana. L'Hospital sociosanitari cobreix tota la comarca. La mostra va provenir de 27 municipis diferents, tots de la mateixa comarca.

Població

La població d'estudi són les persones més grans de 65 anys que resideixen a la comarca d'Osona.

Variables

Les variables que s'estudien són les següents:

- Número de cas
- Edat
- Sexe
- Servei de procedència
- Municipi d'origen
- Tipus de cas: primera/seguiment
- Puntuació per cada dimensió (d'1 a 5)
- Puntuació total (suma de totes les dimensions): de 5 a 25
- Categorització de la problemàtica social (criteri clínic del treballador social): PSS, PSM, PSL, BSS, MBSS

Mostra

Els subjectes de la mostra són persones majors de 65 anys, usuàries d'algun dels serveis de l'àmbit d'estudi, ateses durant els mesos de març i abril del 2008 i que han estat valorades amb la finalitat de prestar-los o planificar-los una intervenció. Els subjectes d'estudi s'incorporen de forma consecutiva, a mesura que són atesos en el període pactat, tant si són primeres visites (casos no atesos mai prèviament per aquell servei) com si són seguiments o reingressos (casos ja coneguts).

Es va considerar recollir informació sobre un màxim de 30 casos per treballadora social per servei, amb l'objectiu d'obtenir informació del voltant de 200 usuaris.

Mètode de recollida de dades

Es dissenya una graella específica per a la recollida de variables específiques (annex 1, fig. 5). El procés de recollir les dades és el següent:

1. L'avaluació del cas es fa a través del mètode d'entrevista de valoració social clàssica. Una vegada finalitzada es procedeix a registrar les dades d'identificació del cas a la graella (número de cas, edat, sexe, tipus de cas, servei, municipi i data). El registre del genograma es deixa opcional.

2. El treballador social marca a la casella corresponent el grau de problemàtica social que atribueix a la situació i exclusivament segons el seu criteri clínic. Aquesta dada serà considerada el "gold standard" o patró de referència òptim. El rang estableix cinc categories (PSS, PSM, PSLL, BSS i MBSS).
3. Es marca l'ítem escollit per a cada dimensió de l'escala que creu que millor reflecteix la situació de l'usuari a partir de la valoració social feta, posant la puntuació que li correspon a la casella corresponent de cada dimensió.
4. Se sumen els punts de totes les dimensions i el resultat es registra com a puntuació final.
5. Es registra el número de cas i la identificació de cada usuari a qui es passa l'escala, a part, en el registre propi del treballador social.

Cada treballadora social tenia en un registre separat les dades d'identificació de l'usuari (nom i cognoms i/o número d'història) i el número de cas adjudicat. Aquest registre era d'ús exclusiu de la treballadora social de referència de l'usuari. El motiu d'aquest segon registre era per si, un cop coneguts els resultats del treball, podíem necessitar informació complementària (per exemple casos molt discordants respecte a les puntuacions mitjanes).

Anàlisi estadística

Es farà una anàlisi descriptiva univariada de les puntuacions obtingudes en total i de la impressió del treballador social i de l'edat i del sexe de cadascun dels subjectes inclosos.

Es farà una anàlisi bivariada de l'edat i el sexe per les puntuacions totals de l'escala i una anàlisi de sensibilitat que buscarà la millor relació entre l'escala de valoració i la impressió del treballador social, modificant el pes de cadascuna de les dimensions de l'escala de valoració.

Les proves i els contrastos estadístics es faran amb el programa d'anàlisi SPSS versió 17.0 i s'aplicaran les proves paramètriques i no paramètriques en funció del comportament normal o no normal de les variables quantitatives que es relacionin. El nivell de significació estadística per afirmar o rebutjar les relacions que es provin quedarà fixat en el de la $p < 0,05$.

2. Resultats

Seguidament passem a descriure els resultats del nostre estudi, seguint els objectius específics plantejats.

La mostra final del nostre estudi és de **211 persones**.

Objectiu específic

Correlacionar la puntuació obtinguda a l'escala i les variables independents (sexe, edat i tipus de cas) amb la classificació de problemàtica social definida pel treballador social.

La taula 1 mostra la distribució de casos obtinguda. Presentem la freqüència, la mitjana de puntuació a l'escala, la mediana, el percentatge de casos i els valors de puntuació final de l'escala mínims i màxims de cada categoria.

TAULA 1

Distribució de les puntuacions/classificació de problemàtica segons el treballador social.

Criteri TS	N	Mitjana	Desv. tipus	Mediana	Mínima	Màxima	%	% agrupat	Mitjana agrupada
PSS	19	17,37	2,385	17,00	14	22	9,0	30,3	15,61
PSM	45	14,87	2,029	15,00	12	20	21,3		
PSLL	75	12,87	1,995	13,00	8	18	35,3	35,3	12,87
BSS	61	11,84	1,762	12,00	8	17	28,9	33,1	11,71
MBSS	11	11,00	2,569	11,00	8	17	5,2		
Total	211	13,30	2,635	13,00	8	22	100,0	100,0	13,30

Es pot observar que la **puntuació mitjana** dels subjectes inclosos és de 13,30.

En relació amb les puntuacions mitjanes de les categories, una prova estadística amb l'ANOVA i un ajust de Bonferroni identifica diferències significatives en les puntuacions mitjanes dels grups en els dos extrems.

En relació amb els **percentatges de presentació** dels casos, s'observa una distribució força equilibrada, amb percentatges més baixos als dos extrems i el gruix dels casos distribuïts a les categories centrals. Cal destacar que un 9% dels casos es classifica en problemàtica social severa, i que la puntuació mitjana d'aquests casos és de 17,37 punts.

Per a una millor observació de la distribució percentual i les puntuacions mitjanes també en la taula 1, les puntuacions mitjanes i els percentatges agrupen les categories de classificació en tres grups: Problemàtica social severa/moderada (PSS/PSM), Problemàtica social lleu (PSLL) i Bona o molt bona situació social (BSS/MBSS)

Aquesta presentació de les dades ens facilitarà l'observació comparada amb les categories de classificació de l'Escala de Gijón original, que presentarem més endavant.

Podem observar que en percentatge agrupat hi ha, pràcticament, una distribució de les problemàtiques socials per terços.

Un altre aspecte a considerar són els rangs entre puntuacions màximes i mínimes de cada categoria. Si s'observen els rangs de les categories problemàtica social severa (de 14 a 22) i problemàtica social moderada (de 12 a 20) semblen més ajustats a la categorització del problema com a sever o moderat, ja que en la seva major part són valors de la franja alta de puntuació. En canvi a les categories bona situació social i molt bona situació social (de 8 a 17) crida l'atenció que hi hagi casos amb una puntuació tan alta.

Valoració

Les dades observades fins ara semblen indicar-nos que el criteri clínic del treballador social ha classificat els casos en una distribució força equilibrada, i que sembla que les categories PSS/PSM són les que millor es perfilen, tant per puntuació mitjana com pel rang de puntuacions màximes/mínimes que tenen.

Les taules 2 i 3 mostren les correlacions entre les variables independents sexe, amb les categories de problemàtica i puntuació global de l'escala.

TAULA 2

Classificació de problemàtica segons el treballador social/sexe.

criteri TS	Dona	Home	N
PSS	14	5	19
PSM	29	16	45
PSLL	47	28	75
BSS	47	14	61
MBSS	8	3	11
TOTAL	145	66	211

TAULA 3
Distribució puntuació/sexe.

Sexe	Mitjana	N	%	Desv. tipus
Dona	13,41	145	68,76	2,581
Home	13,08	66	31,3	2,759
Total	13,30	211	100	2,635

A les taules podem observar els aspectes següents:

El **percentatge de dones** de la nostra mostra és del **68,76%**, i el **d'homes** del **31,3%**. Les dades relatives a població general per sexe a la comarca (segons Idescat 2008) són respectivament per a població més gran de 65 anys, 58,6% de dones i 41,4% d'homes. Així doncs, la mostra que presentem té un 10% més de dones que les que corresponen per població general. És coneguda la major supervivència de les dones i la seva majoria percentual en totes les mostres poblacionals de persones grans. En tot cas, cal destacar que a la nostra mostra, formada per casos atesos pels serveis socials, la diferència encara és més accentuada. Sembla, doncs, que les dones acudeixen més als serveis.

Tornarem a comentar aquest aspecte en les taules d'edat, ja que és interessant constatar que les grans diferències percentuals de sexe es donen en dues franges d'edat: en els intervals de 70-74 i 80-84 anys

Valoració

La relació entre sexe i classificació de grau de problemàtica no presenta diferències significatives entre homes i dones, ja que els percentatges de cada sexe es mantenen similars als del total de la mostra en cada categoria.

La puntuació mitjana de les dones és de 13,41, i la dels homes de 13,08. Es constata que no hi ha diferències estadísticament significatives entre els dos sexes en relacionar-los en la puntuació obtinguda a l'escala (Xi quadrada, p 0,05).

La taula 4 mostra la correlació entre la variable independent edat i la classificació de problemàtica segons el treballador social.

TAULA 4
Classificació de problemàtica segons el treballador social/edat.

Críteri TS	Edat mitjana	N	Desv. típus
PSS	81,74	19	7,534
PSM	79,16	45	6,575
PSLL	80,40	75	7,140
BSS	84,18	61	7,224
MBSS	90,82	11	6,735
TOTAL	81,89	211	7,553

Podem observar que l'edat mitjana de la mostra és de 81,89 anys.

Tot i no incloure la taula del nombre absolut de subjectes per franges d'edat, voldríem destacar unes dades importants: hi ha 84 persones de més de 85 anys, que correspon a un 39,8% del total de la mostra, i 32 persones de més de 90 anys, que correspon al 15,16% de la mostra total.

Se'ns evidencia que estem treballant amb una població molt gran, encara que desconexem, ja que no era objecte de l'estudi, les característiques de les seves necessitats de salut i d'atenció a dependència.

En relació amb la categorització de problemàtica, els subjectes amb més bona categorització social (BSS o MBSS) tenen una edat significativament superior que els classificats en altres categories. Es confirmen diferències estadísticament significatives entre la classificació establerta pels treballadors socials i l'edat dels subjectes (ANOVA, $p < 0,05$).

Valoració

Considerem d'interès la significació estadística d'aquestes dades ja que planteja si l'edat pot actuar de factor protector respecte la problemàtica social.

A la taula 5 es descriuen els percentatges totals per franges d'edat i els corresponents al sexe dels subjectes.

TAULA 5
Distribució sexe/percentatges grups d'edat.

Edat	Dona	Home	% total grup
65-69	57,14	42,86	6,58
70-74	73,9	26,1	10,90
75-79	60	40	16,58
80-84	69,09	30,9	26,06
85-89	67,3	32,6	24,64
+90	81,25	18,75	15,16
TOTAL			100

Segons les dades d'IDESCAT 2008, corresponents a la població general a la comarca d'Osona, mostren un 58,6% de dones i un 41,4% d'homes majors de 65 anys. Per a la població de 85 anys o més els percentatges passen a ser un 70% dones i un 30% homes.

Així si observem la distribució que mostra la taula 5 veiem que, com esmentàvem als comentaris de la taula 3, a part del grup de més de 85 anys, que en conjunt es comporta de forma força ajustada als percentatges de població general, les grans diferències percentuals entre la població que ha estat atesa pels serveis es corresponen a les dones entre 70-74 anys i entre 80-84 anys, que presenten un percentatge sensiblement superior al que els correspon per població general. En concret, en les seves respectives franges, en la població general de la comarca són 54,5% entre 70-74 anys i 59,6% entre 80-84 anys. En canvi, a la taula 5 podem veure que els percentatges de dones a aquestes franges han estat 73,9 i 69%, respectivament.

La taula 6 mostra la distribució en números absoluts, i amb una mitjana de puntuació a l'escala del tipus de casos atesos (primeres o seguiments) i la categoria de problemàtica on han estat classificats.

TAULA 6**Classificació de problemàtica segons el treballador social/tipus de cas.**

Criteri TS	Múm. primera	Punt. mitjana total de primeres	Núm. seguiment	Punt. mitjana total de seguiment	Total
PSS	3		16		19
PSM	13		32		45
PSLL	26		49		75
BSS	18		43		61
MBSS	4		7		11
TOTAL	64	12,92	147	13,47	211

S'observa que un 30% (N=64) de les persones valorades és la primera vegada que acudeixen a Serveis Socials, i un 70% (N=147) de les persones eren conegudes prèviament.

En observar cada categoria de problemàtica es manté força estable la relació 30-70% entre primeres i seguiments, excepte en la categoria problemàtica social severa, que és sensiblement menor en el cas de les primeres valoracions (n= 3, 15,7%) i major en els seguiments (n=16, 84,3%). Aquest fet es podria explicar per la necessitat d'ampliació de l'estudi del cas per part del treballador social abans de classificar-lo com a problemàtica social severa.

La puntuació mitjana de les primeres valoracions va ser de 12,92, i la dels seguiments de 13,47. La diferència de puntuació entre els tipus de cas no és significativa.

Resumint, respecte a la relació de les variables independents sexe, edat i tipus de cas es podria remarcar:

- La variable edat aporta la troballa més significativa, ja que en la població estudiada a major edat es correspon una situació social millor, especialment en els grans ancians (+ de 85 i nonagenaris).
- La variable sexe no aporta diferències amb relació a la categorització de la problemàtica de forma global, però de forma descriptiva, en relacionar sexe i franges d'edat, en determinats intervals d'edat el contacte de les dones amb els serveis socials és més destacada del que correspondria pels percentatges de població general.
- La variable tipus de cas no aporta diferències en la puntuació mitjana a l'escala.

Objectiu específic

Observar les característiques dels casos segons la classificació de problemàtica social definida pel treballador social.

Per observar millor les característiques socials dels casos de la mostra ens ha semblat adequat veure com es comporta la relació entre la classificació de problemàtica social definida pel treballador social i les puntuacions mitjanes de les cinc dimensions que constitueixen l'escala (taula 7). Cal recordar que cada dimensió de l'escala té una puntuació mínima d'1 i una màxima de 5.

TAULA 7

Classificació de problemàtica social definida pel treballador social/puntuacions mitjanes per dimensions.

Dimensions	PSS	PSM	PSU	BSS	MBSS	RANG	Punt
CFAM	3,47	3,02	2,71	2,10	2,00	1,47	2,63
CSOC	3,58	3,09	2,56	2,64	2,18	1,4	2,77
AREB	4,26	3,40	2,47	2,67	2,55	1,76	2,89
ECON	3,42	3,18	3,00	2,89	2,82	0,6	3,03
HAB	2,63	2,18	2,13	1,54	1,45	1,18	1,98
Mitjana Total	17,37	14,87	12,87	11,84	11,00	6,37	13,30

A la taula podem observar els aspectes següents:

- Els casos classificats en problemàtica social severa es caracteritzen per requerir ajuda i que la que reben és insuficient; tenir uns contactes socials restringits o puntuals; conviuen amb algú de la família però que té dificultats per fer-se càrrec de les necessitats de l'usuari o no se'n surt.
- Aquestes característiques també es repeteixen amb puntuacions lleugerament inferiors en els casos de problemàtica social moderada.
- Els casos classificats en molt bona situació social, en canvi, es caracteritzen per no requerir ajut o, si en requereixen, tant informal com formal, és suficient; la convivència és amb família i aquesta no té dificultats per atendre la persona usuària o se'n surt bé; té uns contactes regulars i diversos, tant si hi ha dificultats d'accés a l'exterior com si no.
- Aquestes característiques es repeteixen també en el grup bona situació social amb puntuacions lleugerament superiors.

- Si observem el rang, la diferència de punts entre la puntuació més alta i la més baixa entre les categories d'una mateixa dimensió, es pot veure que les dimensions que aporten variabilitat són, per ordre d'importància, l'assistència rebuda (1,76), les condicions familiars (1,47) i els contactes socials (1,4).

Les dimensions d'habitatge (1,18) i especialment la d'economia (0,6) no ajuden a caracteritzar el tipus de problemàtica. Pel que fa a l'habitatge, els casos de problemàtica social severa presentarien barreres internes al domicili, i en canvi els de molt bona situació social tindrien un habitatge adaptat i amb els serveis, però amb barreres arquitectòniques per accedir a l'exterior.

Pel que fa a l'economia, les diferències entre les categories són pràcticament inexistentes. Els ingressos de totes les categories estarien igual o per sota d'1,5 de l'Índex de Renda de Suficiència. Respecte a la dimensió econòmica, segurament la forma acordada per a la recollida de les dades pot tenir a veure amb els resultats obtinguts, com comentarem en l'apartat de discussió.

Valoració

Les dades presentades apunten que la categorització dels usuaris, en més o menys problemàtica social, té a veure amb canvis que es produeixen en les condicions familiars relacionades amb l'atenció de les necessitats de l'usuari, del seu nivell de contactes socials i de suficiència o insuficiència de l'assistència rebuda, tant per recursos formals com informals

A la taula 8 es presenta la dimensió assistència rebuda i tipus de cas (primera o seguiment).

TAULA 8
Distribució dimensió assistència rebuda/tipus de cas

Tipus de cas	Mitjana AREB	N	Desviació tipus
Primera	2,45	64	,942
Seguiment	3,08	141	,772
Total	2,89	211	,874

Es pot observar que en les primeres visites la mitjana de puntuació d'assistència rebuda és de 2,45, i en les persones amb seguiment és de 3,08. La diferència és estadísticament significativa.

Valoració

Creiem que la dada és per veure on se situa l'acció del treballador social i en quin tipus de situacions treballa entre una primera i el seguiment. Podríem pensar que la gran diferència entre els dos grups se situaria en el moment de pas del sistema de suport informal al sistema formal, tot i que el nucli informal se'n surti encara raonablement bé amb la situació. S'adiu força amb la idea d'una acció de tipus preventiu i de sosteniment de la capacitat de les famílies en l'àmbit comunitari, en el moment que poden començar-se a donar canvis en les necessitats dels usuaris. Caldria veure si les actuacions es limiten a la valoració de necessitats i orientació de recursos, o si entren en el tractament de la família en els processos de canvi que representa sovint la seva pròpia reorganització informal i l'accés a les xarxes formals de recursos.

Objectiu específic

Valorar si la nova versió de l'escala permet establir punts de tall amb millor capacitat discriminativa que versions prèvies.

Per assolir l'objectiu es compara la distribució de casos que s'obté utilitzant els punts de tall habituals a l'Escala de Gijón original:

- De 5 a 9 punts - Situació social bona/acceptable
- De 9 a 14 punts - Existeix risc social
- 15 punts o més - Existeix problema social

La taula 9 mostra la relació entre la classificació que dona la versió original de l'Escala i la classificació de problemàtica segons el treballador social.

TAULA 9

Distribució classificació de problemàtica segons el treballador social/classificació casos punts tall Gijón.

Criteri TS	Bona o acceptable	Risc social	Problema social	N	&	% agrupat	
PSS	0	1	18	19	9	30,3	PSS+PSM
PSM	0	22	23	45	21,3		
PSLL	2	61	12	75	35,3	35,3	PSLL
BSS	6	51	4	61	28,9	33,1	BSS+MBSS
MBSS	3	7	1	11	5,2		
TOTAL	11	142	58	211			
%	5,2	67	27,4	100			

Seguint els punts de tall de la versió original de l'Escala de Gijón, pràcticament el 95% dels casos (67% + 27,4%) es classifiquen en risc social/problema social. Aquesta distribució discrimina molt poc, ja que el percentatge altíssim de casos de risc fa poc operatiu l'instrument a l'hora d'ajudar a perfilar prioritats/enfocaments de treball. També sorprèn que només un 5% dels casos es classifiqui en situació social bona/acceptable. En la realitat del treball diari en el nostre territori la percepció és que hi ha un grup de població amb situació social bona/acceptable.

La classificació de casos a partir del criteri del treballador social aporta una distribució més equilibrada que la que s'estableix pels talls de la versió original de l'Escala de Gijón.

És interessant comprovar una distribució percentual molt similar a la categoria de major problemàtica (27,4% Gijón, 30,3 % classificació treballador social). Si s'observa a la taula la distribució en números absoluts, només 5 casos (4+1) estan puntuats com a problema social amb els punts de tall de la versió original de l'Escala de Gijón, i en canvi estan classificats com a bona o molt bona situació social en la classificació del treballador social. En el major nombre dels casos (18+23), la puntuació del Gijón original i el criteri del treballador social coincideixen. Aquí es pot començar a intuir que segurament el punt de tall de Gijón per als casos de més alta problemàtica és força adequat, i que podria servir als treballadors socials per detectar els casos més problemàtics, ja que pràcticament detecta els mateixos.

Observant l'altre extrem de la taula, o sigui els casos que el Gijón classifica com a situació social bona/acceptable, també pràcticament tots són classificats així pels treballadors so-

cial. Cal fer esment, però, que aquí els % totals dels grups classificats pels dos sistemes sí que difereixen. Ja hem esmentat que només un 5% dels casos són classificats en situació social bona/acceptable per la versió original de Gijón, quan en canvi per la classificació que fa el treballador social en aquest grup se'n classifiquen un 33,1%. Quan s'observa la distribució de casos en números absoluts es pot comprovar que aquesta diferència l'aporta el gran nombre de casos (51+7) que la versió original de Gijón classifica de risc i que el criteri del treballador social classifica com a bona o molt bona situació social. Aquí, al contrari que a la part alta de la taula, es pot intuir que el punt de tall que la versió original de Gijón planteja per separar els casos de situació social bona/acceptable dels de risc social és excessivament baix si agafem el criteri del treballador social com a patró (gold standard). Hi ha un nombre considerable de casos que seguint els talls de la versió l'escala de Gijón original són considerats de risc social i que des del criteri del treballador social són considerats amb bona o molt bona situació social (51+7).

La part central de la taula és on es visualitzen més les divergències de la classificació dels casos pels dos sistemes. La classificació en aquesta franja de risc social per la versió original de l'Escala de Gijón és del 67% dels casos. Aquesta és la gran dificultat per fer operativa l'escala de cara a la intervenció professional dels treballadors socials. Això significa que aquests casos, des del criteri dels treballadors socials, surten excessivament puntuats en la versió original de l'Escala de Gijón. El punt clau aquí és considerar que el punt de tall entre situació social bona/acceptable versus risc social és excessivament baix.

Així doncs, observem que la classificació de la versió original del Gijón, des del punt de vista del criteri de treballador social, no discrimina bé entre els casos sense problemàtica i els de risc. Si es volgués ajustar les dues classificacions, el punt de tall a partir del qual es defineix risc hauria d'anar a l'alça.

Podem observar que la classificació de risc social i problemàtica social que dona la versió de l'Escala de Gijón original i el criteri del treballador social coincideixen amb problemàtica social severa o moderada.

A la taula 10 veiem la relació entre la classificació dels casos segons el treballador social i les puntuacions mitjanes de cada categoria, per separat i agrupades (PSS+PSM, PSL, BSS+MBSS). També presentem les medianes per cada categoria i agrupades (aquesta taula recull dades ja comentades a la taula 1, i la reproduïm per facilitar l'observació en relació amb aquest objectiu).

TAULA 10
Distribució puntuació/classificació de problemàtica segons el treballador social

	n	Mediana	Mitjana	Mediana agrupada	Mitjana agrupada	% agrupat
PSS	19	17	17,37	15,00	15,61	30,3
PSM	45	15	14,87			
PSLL	75	13	12,87	13	12,87	35,3
BSS	61	12	11,84	12	11,71	33,1
MBSS	11	11	11,00			
TOTAL	211		13,30		13,30	100

Les puntuacions mitjanes de les categories van d'11,00 a 17,37. Es torna a posar de manifest que la problemàtica d'ajust entre les dues classificacions es dona més en els punts de tall de la banda baixa. La mitjana de puntuació de molt bona situació social i bona situació social són molt similars (11,00 i 11,84). La diferència més substancial entre les mitjanes es dona entre el grup problemàtica social severa i problemàtica social moderada (17,37-14,87: 2,5 punts) i entre problemàtica social lleu i problemàtica social moderada (14,87-12,87: 2 punts). En canvi la diferència entre els grups problemàtica social lleu i bona situació social és sensiblement menor (12,87-11,84: 1,03 punts). Les medianes també tornen a confirmar que les distàncies de puntuació en les dues categories de major problemàtica són molt més contundents i que el punt de tall per diferenciar els casos al llindar del risc o problemàtica lleu hauria de ser més alt, però que el marge de puntuació per al grup del mig queda molt comprimit, i amb molt poc marge de variabilitat (un canvi d'un o màxim dos punts podria fer-lo canviar de grup tant cap amunt com cap avall de la categorització).

Quan observem les mitjanes i les medianes en la versió de les categories agrupades, es confirmen les idees anteriors. La mitjana de puntuació dels casos classificats molt bona situació social + bona situació social és 11,71, la de problemàtica social lleu és 12,87, i la de problemàtica social severa + problemàtica social moderada és 15,61. També la diferència a la part alta és substancial, el punt de tall per considerar que hi ha dificultats socials és per sobre d'11 punts i el marge de puntuació intermèdia és molt reduït. Voldríem comentar, respecte al punt de tall baix, que la mitjana que surt pel grup molt bona situació social + bona situació social pot estar una mica esbiaixada a l'alça. Si s'observa la taula 9 en la categoria molt bona situació social, del total d'11 casos classificats només n'hi ha 1 que la versió original del Gijón classifica com a Problema Social. Revisant els registres aquest cas està puntuat amb 17 punts, molt per sobre de la resta de casos del grup. Si es considerés aquest cas "outsider",

la puntuació mitjana d'aquest grup baixaria gairebé un punt, i quedaria en 10,8 punts. La mitjana agrupada de molt bona situació social + bona situació social en aquest supòsit seria de 10,9 punts.

Si es volguessin ajustar els punts de tall de la versió original de Gijón a la classificació de problemàtica pel criteri del treballador social els punts de tall quedarien de la manera següent:

De 5 a 11 punts: Situació social bona/acceptable

De 12 a 15 punts: Situació de risc/dificultats socials.

Més de 15 punts: Problemàtica social severa

Valoració

Potser l'aportació més significativa és que l'Escala de valoració sociofamiliar de Gijón/versió TSO ens ha estat útil per identificar els casos de més alta problemàtica social. Creiem que la coincidència tant en el % de casos detectats (al voltant de 30% en els dos sistemes) com en la puntuació de tall, per sobre de 15, aporta prou consistència per considerar-la.

Objectiu específic

Comprovació de la hipòtesi

Com ja s'ha comentat en apartats anteriors, una de les limitacions de l'escala, plantejada també per altres autors, és la discriminació del grau de problemàtica, tenint en compte que potser les dimensions d'economia i habitatge tindrien menys pes. Les raons podrien ser diverses.

La situació econòmica dels ancians pot ser molt similar, si només tenim en compte els ingressos periòdics propis provinents de prestacions del sector públic. És coneguda la dificultat de conèixer de forma precisa els ingressos totals d'un usuari a través de la informació que ell o la família directa ens facilita, si no es demanen comprovants oficials. Aquest tema, amb el plantejament d'accés universal als Serveis Socials que contempla la legislació actual, passa a tenir una importància relativa.

En la situació de l'habitatge hi ha una certa homogeneïtzació de les condicions, sobretot en comunitats de propietaris. Els casos amb dificultats importants d'habitatge són escassos. Les diferències en l'aspecte de les condicions està més relacionat amb les barreres arquitectòniques que en unes condicions deficientes de l'habitatge. Els casos amb més problemàtica d'habitatge van associats a altres problemàtiques socials o de salut importants.

Definició de la hipòtesi

Les dimensions que aporten major variabilitat a la consideració de major o menor problemàtica social són les de comportament més dinàmic: condicions familiars, contactes socials i assistència rebuda. En les nostres dades també s'apunta aquesta tendència (vegeu taula 7).

Atès que la classificació que s'obté aplicant els punts de tall de la versió original de Gijón concentra excessius casos en la categoria "risc social" i que aquesta versió estableix que cada categoria té el mateix pes en la puntuació global de la problemàtica, es planteja provar la hipòtesi següent:

Si es dóna més pes a les dimensions condicions familiars, contactes socials i assistència rebuda millorarà la capacitat discriminativa de l'escala, que s'acostarà a la categoria que s'estableix utilitzant la classificació de problemàtica que fa el treballador social.

Metodologia utilitzada per corroborar la hipòtesi

Per provar la hipòtesi s'analitzarà la sensibilitat de l'escala amb la modificació dels pesos de les dimensions.

L'Escala de valoració social i familiar de Gijón original i la nova versió que aportem (TSO) donen el mateix pes a cadascuna de les cinc dimensions que la formen. És a dir, cada una de les cinc dimensions aporta el 20% de la puntuació final de l'escala. Per tal d'estudiar si la modificació dels pesos de les dimensions pot millorar la classificació dels subjectes estudiats (distribució més equilibrada, no concentrant el gruix dels subjectes a la categoria de risc o acostant-se a la impressió del treballador social) s'ha dut a terme una anàlisi de la sensibilitat en comparació amb la classificació de problemàtica que fa el treballador social. S'han plantejat dues subhipòtesis.

Plantejament núm. 1

Sota aquesta primera hipòtesi de treball, la puntuació de l'escala de valoració social i familiar s'obté per la suma de cadascuna de les dimensions de l'escala, tenint en compte que les condicions familiars tinguin un pes relatiu del 25% dels punts a la suma total, la puntuació de la dimensió de contactes socials tingui un pes del 25% dels punts a la suma total, l'assistència rebuda per la xarxa de recursos aportí un pes relatiu del 25% dels punts totals, la situació econòmica aportí un pes del 15% de punts i la dimensió habitatge aportí un pes del 10% de punts a la suma total.

Els punts totals obtinguts es classifiquen d'acord amb el criteri de punts de tall propi de l'Escala de Gijón original i es contrasten amb el criteri del treballador social.

Resultats obtinguts en relació amb el plantejament núm. 1

TAULA 11
Distribució freqüència classificació talls Gijón/plantejament número 1

	Freqüència	Percentatge
Bona	19	9,0
Risc	136	64,5
Problema	56	26,5
Total	211	100,0

TAULA 12
Distribució subjectes pesos Gijón (20% de pes a cada dimensió)/plantejament núm. 1

		Plantejament núm. 1			Total
		Bona	Risc	Problema	
Puntuació talls Gijón	Situació social bona o acceptable	11	0	0	11
	Existeix risc social	8	128	6	142
	Existeix risc de problema social	0	8	50	58
Total		19	136	56	211

La taula 11 mostra les noves freqüències de classificació amb els punts de tall del Gijón original, però aplicant els pesos del plantejament núm. 1.

La taula 12 correlaciona la classificació que s'obté dels casos amb els pesos iguals (20%) per a cada dimensió (files), amb la que s'obté amb el plantejament número 1 (columnes). Es pot observar quins casos es mouen, que en total són 22 i representen un 10,4% del total de la mostra, o el que és el mateix, un 89,6% dels casos es manté en la mateixa categoria de situació social en els dos sistemes.

TAULA 13**Distribució de la classificació de problemàtiques que fa el treballador social/plantejament núm. 1.**

		Plantejament núm. 1			Total
		Bona	Risc	Problema	
Classificació criteri Treballador social	Problema social sever	0	1	18	19
	Problema social moderat	0	19	26	45
	Problema social lleu	7	59	9	75
	Bona situació social	8	51	2	61
	Molt bona situació social	4	6	1	11
Total		19	136	56	211

Per observar millor els resultats de la taula 13, cal comparar-la amb la taula 9, que és la mateixa però amb els pesos habituals de Gijón de 20% per dimensió. Es pot comprovar que les diferències són mínimes. El que és important remarcar és que en el supòsit del plantejament de pesos número 1 pràcticament el 90% dels casos es manté en la mateixa categoria de classificació social.

Plantejament núm. 2

Sota aquesta segona hipòtesi de treball, es calcula la puntuació total de l'escala de valoració social i familiar amb el supòsit que les condicions familiars aporten un pes relatiu del 25%, els contactes socials del 15%, l'assistència rebuda per la xarxa de recursos del 25%, la situació econòmica hi aporta un pes del 10% i l'habitatge un altre 25%.

Es fa la mateixa anàlisi que per al plantejament núm. 1.

Resultats obtinguts en relació amb el plantejament núm. 2

TAULA 14
Distribució dels subjectes punts de tall Gijón/Plantejament número 2.

	Freqüència	Percentatge
Bona	31	14,7
Risc	143	67,8
Problema	37	17,5
Total	211	100,0

TAULA 15
Distribució subjectes pesos Gijón (20% de pes a cada dimensió)/plantejament número 2.

		Plantejament núm. 2			Total
		Bona	Risc	Problema	
Puntuació talls Gijón	Situació social bona o acceptable	11	0	0	11
	Existeix risc social	20	121	1	142
	Existeix risc de problema social	0	22	36	58
Total		31	143	37	211

La taula 14 mostra la distribució de freqüència de casos amb els punts de tall del Gijón aplicant els pesos del plantejament número 2.

A taula 15 es correlaciona la classificació que s'obté dels casos amb els pesos iguals (20%) per a cada dimensió (files), amb la que s'obté amb el plantejament número 2 (columnes). Es pot observar quins casos es mouen, que en total són 43 i representen un 20,3% del total de la mostra, o el que és el mateix, un 79,6% dels casos es manté en la mateixa categoria de problemàtica social en tots dos sistemes.

TAULA 16
Distribució de la classificació de problemàtiques que fa el treballador social/plantejament núm. 2.

		Plantejament núm. 2			Total
		Bona	Risc	Problema	
Classificació criteri Treballador social	Problema social sever	0	5	14	19
	Problema social moderat	0	30	15	45
	Problema social lleu	11	58	6	75
	Bona situació social	15	45	1	61
	Molt bona situació social	5	5	1	11
Total		31	134	37	211

Per observar millor els resultats de la taula 16, cal comparar-la amb la taula 9, que és la mateixa però amb els pesos habituals de Gijón de 20% per dimensió. Es pot comprovar que potser, en comparació amb el plantejament número 1, els extrems semblen més equilibrats, el nombre de casos que es mouen continua essent molt baix, ja que pràcticament el 80% dels casos es classifiquen en la mateixa categoria pels dos sistemes.

Per fer més gràfic el que acabem d'exposar aportem una taula resum de l'anàlisi de sensibilitat.

TAULA 17
Resum de l'anàlisi de sensibilitat.

Puntuacions	Freqüència		
	Gijón	Plantejament 1	Plantejament 2
Situació social bona o acceptable	11	19	31
Existeix risc social	142	136	143
Problema social	58	56	37
Total	211	211	211

Podem concloure que en cap dels dos plantejaments de canvi de pesos examinats s'ha aconseguit que el grup de risc social deixi de concentrar el gruix dels casos, ni tampoc acostar-se a la classificació per terços que s'obtenia fent servir la classificació de problemàtica social pel criteri clínic del treballador social.

No hem pogut provar la hipòtesi que canviant els pesos de les dimensions de l'escala en milloraria la capacitat discriminativa.

Discussió i conclusions

L'experiència d'ús d'escales de valoració social i familiar al nostre país està força estesa en els àmbits de treball geriàtrics més especialitzats, tot i que de manera predominant en contextos d'investigació i, amb menys presència, com a element quotidià de treball per prendre decisions en les persones ateses. Els treballadors socials d'àmbit sanitari són els que majoritàriament han fet ús de les escales de valoració social i familiar, però amb poca aportació específica en l'anàlisi de l'impacte del seu ús en la pràctica professional del treball social.

En l'àmbit de Serveis Socials comunitaris no hi ha tradició de treball amb instruments de valoració social estandarditzats. L'impacte de l'increment de població anciana en els sistemes d'atenció social en els darrers anys ha estat i continuarà essent molt important, tant per qüestions demogràfiques com per la implementació dels canvis legislatius generats per la Llei 12/2007, d'11 d'octubre, de Serveis Socials (d'àmbit català) i La llei 39/2006, de 14 de desembre de 2006, de Promoción de la Autonomía personal y Atención a las personas en situación de dependencia (d'àmbit espanyol). Un dels canvis, tal com apuntàvem en l'apartat de l'estat de la qüestió, és la universalitat tant dels Serveis Socials com dels recursos públics per a persones amb dependència.

L'evolució que s'està donant en aquest sector fa evident que l'atenció de les necessitats dels ancians requerirà un treball en xarxa entre els serveis socials i sanitaris involucrats en la seva atenció; tant des de l'atenció primària com des de l'atenció especialitzada (Zunzunegui & Lázaro i del Mercado, 2008). L'entesa de les dues xarxes passa per molts elements, un dels més importants és dotar-se d'instruments que en facilitin un llenguatge comú. Alguns instruments

de valoració funcional més coneguts (Barthel, Pfeiffer) ja s'han incorporat en aquest context de treball conjunt. Com ha passat des dels inicis del desenvolupament dels instruments de valoració dels ancians, la valoració social i familiar dels casos atesos va endarrerida en la seva implementació a la pràctica professional dels serveis que els donen atenció, i encara no ha assolit un nivell prou alt de difusió i pràctica comuna que faciliti l'entesa.

Els treballadors socials són els professionals dels serveis d'atenció més directament involucrats en l'orientació dels recursos formals als quals els ciutadans tenen reconegut el dret d'accés. Per assolir l'ajust al recurs adequat, la valoració social de l'usuari és l'eina clau per establir la proposta de recurs. Aquesta valoració social de l'usuari és tan important perquè persones amb un mateix grau de dependència, per exemple, no necessiten sempre un mateix recurs. D'aquí la importància de dotar-se, cada vegada, d'eines més estructurades i rigoroses a nivell metodològic, que permetin la presa de decisions professionals i l'aportació de coneixement col·lectiu.

El treball que hem fet ha tingut l'objectiu de fons d'analitzar què pot aportar a la pràctica professional dels treballadors socials la utilització sistemàtica d'un instrument de valoració sociofamiliar sobre la població anciana amb un plantejament d'ús col·lectiu i transversal en diferents àmbits de treball.

Les aportacions que creiem que fa el nostre treball són les següents:

1. Adaptació dels enunciats de l'Escala de Gijón a la pràctica professional dels treballadors socials.

Les versions utilitzades anteriorment plantejaven dubtes de complementació, en el sentit que alguns enunciats estaven subjectes a canvis al llarg del temps o no recollien casuístiques noves. En la proposta que hem fet, el treball realitzat per ajustar els enunciats va ser rigorós i realitzat sobre casos reals de tots els àmbits de treball implicats en l'estudi, raó per la qual els casos revisats incloïen situacions diverses de necessitats dels ancians. La possibilitat de fer-ho amb dades de serveis socials i sanitaris va permetre incloure un ventall ampli de situacions (usuaris amb més o menys dependència, moments d'estabilitat familiar o moments de transició, persones ubicades a la comunitat o a una institució d'estada temporal com és un servei socio sanitari...) que creiem que assegura la possibilitat de classificació de totes les situacions en què treballem. S'observa la necessitat que les escales socials siguin revisades de forma periòdica pels seus autors, ja que un dels trets definitoris de l'àmbit social és el canvi constant de situacions (tant de funcionaments familiars, com d'estratègies per afavorir els contactes socials...). Aquesta situació no es dona en les eines de valoració funcional, mental o emocional, que són més perdurables en el temps.

2. Confecció d'un manual d'ús de l'Escala.

Fins al moment no coneixem que cap treball, utilitzant l'Escala de Gijón, tingui un manual d'ús. Donem molt valor a aquest document ja que indica com situar-se a l'hora de fer el registre de l'escala, aclareix el sentit del que s'avalua en cada dimensió i indica a quina dimensió cal registrar variables que poden ser objecte de dubte. Alhora introdueix precisions semàntiques aclaridores sobre aspectes que de vegades creen confusió o són utilitzats de forma inadequada (per exemple els conceptes de disposició, disponibilitat, sobre càrrega, etc.). També ens hem adonat que amb indicacions sintàctiques (utilització de coma o punt i seguit) s'han pogut introduir més situacions de les que incloïa l'instrument inicial, sense desvirtuar-ne la claredat i senzillesa d'ús. El manual ha estat clau perquè el treball s'hagi pogut elaborar de forma transversal, i una vegada confeccionat els professionals implicats van valorar-ne l'ús de forma altament positiva, ja que durant la realització de la segona part del treball els dubtes sobre quin ítem calia atribuir al cas tractat van ser gairebé inexistents. Un dels aspectes que pot quedar pendent d'esbrinar, ja que en el treball que presentem no ho hem fet, és la utilització de l'escala per part d'un segon observador que intervingui amb la mateixa persona, per si la valoració social coincideix.

3. L'Escala de Gijón en la versió modificada pels TS (versió TSO) ens ha permès detectar els casos amb problemàtica social més greu.

Utilitzant els punts de tall de l'Escala de Gijón habituals, ens ha estat útil per detectar els casos de problemàtica social més greu. La puntuació mitjana d'aquests casos i el volum de població afectada és pràcticament coincident amb el criteri del treballador social al respecte. Podem confirmar que tant en els serveis socials d'atenció primària com en els serveis sanitaris podria utilitzar-se aquesta versió de l'Escala de Gijón per detectar i prioritzar l'atenció cap el grup d'ancians amb dificultats socials més importants.

4. L'Escala de Gijón (versió TSO) manté les dificultats de classificació dels casos de problemàtica moderada o bona situació social que tenia l'Escala de Gijón original.

En la problemàtica moderada hi ha un excés de casos, i en la bona situació social n'hi ha defecte. El criteri clínic del TS sembla aportar una distribució més equilibrada, i creiem que es correspon més a la realitat social en què treballem. La modificació a considerar per ajustar la classificació de casos seria canviar els punts de tall de l'Escala als valors ja esmentats en l'apartat corresponent de resultats. Aquesta idea obriria una proposta de

treball en el sentit exposat però que caldria valorar acuradament des d'un punt de vista metodològic per si realment és aquest el plantejament adequat per arribar a millorar la capacitat discriminativa de l'escala.

5. L'ús de l'escala ens ha permès veure quins eren els perfils dels usuaris a partir de la catalogació per problemàtica social.

Creiem molt interessant veure que els usuaris amb problemàtica més severa es caracteritzen per tres aspectes: la convivència és amb familiars que tenen dificultats per fer-se'n càrrec, requerir ajut i que aquest és insuficient, així com tenir uns contactes socials molt reduïts o nuls. Aquestes característiques ens fan pensar que la dependència física o mental d'aquest col·lectiu és una variable que existeix, així com que tenen estructures familiars reduïdes o amb altres càrregues. Caldria fonamentar aquestes idees amb una anàlisi més aprofundida d'aquest grup, però tot apunta que la variable dependència hauria de complementar d'alguna manera la valoració de la problemàtica social en el grup de població anciana.

6. En l'Escala, les dimensions d'habitatge i economia tenen poc pes, en comparació amb la resta de dimensions. Aquesta circumstància podria explicar-se per dos motius.

El primer motiu podria ser el criteri establert per a la recollida de les dades. Això es veu bé en el cas de l'economia. Si establim que només comptabilitzarem les dades econòmiques de l'usuari (no les del nucli de convivència ni dels familiars), i només els ingressos que procedeixen del sector públic (pensions, complements, ajuts, etc.), és altament probable que una majoria dels usuaris tingui ingressos força similars. Fer una valoració més àmplia i completa de la situació econòmica real és força complex i comportaria retallar una de les virtuts de l'escala que és la seva senzillesa d'ús. També cal tenir en compte que l'accés universal als serveis socials suposa un canvi de fons en tot el que és la valoració de l'economia dels usuaris, en el sentit que passa a tenir una importància menor quan l'accés als recursos és reconegut com un dret derivat de la situació de necessitat.

En el cas de l'habitatge, creiem que en l'àmbit de serveis comarcals on s'ha realitzat el treball es posa de manifest l'impacte real que està tenint el desenvolupament d'un programa comarcal d'ajudes tècniques. L'important nombre d'usuaris atesos per aquest programa, que han realitzat adaptacions i/o compten amb material ortopèdic domiciliari i/o han rebut una orientació o assessorament, creiem que pot haver quedat reflectit en la població estudiada. La puntuació mitjana de la dimensió habitatge és 1,98, la més baixa,

amb diferència, de totes. Això ens caracteritza uns domicilis adequats, amb adaptacions interiors incloses i que tindrien per resoldre les barreres exteriors.

El segon motiu que podria explicar la poca variabilitat que aporten l'habitatge i l'economia en la població estudiada pot estar relacionat amb el fet que tractem amb població molt homogènia des del punt de vista de classe social (criteris classe social a la comarca: classe mitjana, nivell de renda mitjana, xarxa de recursos formals àmplia i diversificada...). Segurament si hi ha dues dimensions que poden reflectir aquesta variable a l'escala són l'habitatge i l'economia. Aquest seria un aspecte interessant a estudiar, ja que podria explicar que l'escala discriminés millor o que aquestes variables tinguessin més força en àmbits d'estudi amb població més diversificada des del punt de vista de classe social.

7. No s'ha pogut confirmar la hipòtesi: si donem pesos específics a les diferents dimensions, la capacitat discriminativa de l'escala milloraria i s'acostaria al patró catalogat pel treballador social com a nivell de problemàtica social.

Aquesta hipòtesi no s'ha pogut confirmar, amb dues propostes de distribució de pesos diferents entre les dimensions. Tot i que les observacions sobre la distribució que ens donaven les puntuacions ens tornaven a apuntar que aquesta podia ser una bona hipòtesi de treball, definitivament no ha estat així i s'hauria de descartar com a proposta metodològica per millorar la capacitat discriminativa de l'Escala de Gijón.

8. Alta significació estadística de l'edat dels usuaris com a variable independent en relació amb el seu nivell de problemàtica social.

Com ja s'ha observat en els resultats, la franja de més edat és la que té la millor situació social. Aquesta dada planteja un interessant repte de treball respecte a l'àmbit social i de salut. És conegut l'interès creixent, en els àmbits sanitaris, sobre aquest grup de població de grans ancians i nonagenaris, ja que sembla que tenen unes característiques diferenciades en aspectes fisiològics, genètics o d'estil de vida que explicarien les condicions de la seva alta supervivència. No és tan conegut si aquesta població té unes característiques socials concretes que poguessin contribuir en el mateix sentit. La preguntes que ens podríem fer serien moltes: la major edat és un factor protector de l'ancià en relació amb les seves circumstàncies socials, o al contrari?, poden les circumstàncies socials favorables influir en una major supervivència?, quina relació hi ha entre el nivell de salut i/o necessitats d'aquest col·lectiu i la seva situació social?... Per descomptat ens continuaria faltant

conèixer el nivell de necessitats a cobrir que presenta aquest grup i si és similar o diferent de la resta. En tot cas és una dada que ens apunta en la direcció següent: la interrelació entre salut i entorn social és important i hem de considerar els dos àmbits. La nostra mostra presenta un nombre de persones molt envellides (hem avaluat 77 subjectes de més de 85 anys, que representa un 40%, aproximadament), i per tant podem considerar que les dades que s'aporten en aquest tema són consistents.

9. Amb les dades aportades de l'experiència d'ús de l'Escala de Gijón (versió TSO), veiem difícil que l'Escala de Gijón pugui millorar la seva capacitat discriminativa.

El nostre intent ha estat en dues línies: per una banda millorar-ne el contingut per tal d'aconseguir una classificació més acurada de la casuística social, dins de cada dimensió, així com una complementació més homogènia per part dels observadors, i per l'altra modificar el pes de les dimensions. Els resultats no han estat els esperats en relació amb aquest plantejament.

Sense posar en dubte les característiques mètriques de l'escala, que els seus autors ja han demostrat, sembla que el nostre treball apunta que en el nostre entorn una possible millora de la capacitat discriminativa de l'escala podria estar més relacionada amb complementar-la amb informació que ens aporten altres variables "externes" i estudiar com s'haurien d'agregar. Els resultats obtinguts amb la variable edat, així com també l'observació (dins els perfils de risc alt) que suficiència o insuficiència de l'ajut és molt important ens apunten que la variable dependència de la persona també pot estar intervenint en la classificació de la severitat de la problemàtica social. Segurament, i tractant-se de valorar la població anciana, la variable dependència és un dels aspectes que hauríem hagut de considerar. També és veritat que fer-ho de forma adequada hauria fet molt més complexa la realització de la recerca, circumstància que estava fora del nostre abast com a grup de treball.

El tema dels punts de tall potser es podria continuar aprofundint, però també ens plantegem si és una opció excessivament forçada, i per tant si seria correcta a nivell metodològic.

Una de les grans virtuts de l'Escala de Gijón és la seva senzillesa d'ús, però potser, a la vegada, aquest és el seu sostre a l'hora de demanar-li més precisió.

10. Tampoc podem aportar dades sobre com es comporta la nostra versió de l'Escales en valoracions sobre un mateix subjecte al llarg del temps, o sigui quina és la seva capacitat per a la detecció de canvis. Aquest sí que pot constituir un repte interessant per als treballadors socials, que en general tenim dificultats importants per trobar indicadors de resultat sobre les intervencions en les situacions que tractem.

Tot i que l'Escales no tingui la precisió discriminativa que li demanàriem per a totes les categories, potser ens podria servir per examinar l'efecte de la nostra acció professional en els casos, ja que ens permetria observar canvis en la puntuació global i/o per dimensions, ajudant-nos en l'anàlisi de quins són els canvis produïts i en quines àrees.

També cal comentar que, tot i l'esforç fet per ajustar al màxim els enunciats dels ítems i disposar d'un manual d'ús, no podem aportar dades sobre la variabilitat interobservadors de l'escala ni sobre la variabilitat en la classificació de problemàtica per criteri dels treballadors socials. La participació en l'estudi de treballadors socials d'Àrees Bàsiques de Salut, de Serveis Socials d'Atenció Primària i de Centre Sociosanitari podria haver facilitat, en la primera fase del treball, trobar usuaris compartits que fossin avaluats per dos professionals diferents. La valoració que fem actualment és que hauria estat una experiència molt interessant d'autoanàlisi com a col·lectiu professional al qual se'n retreu a voltes la subjectivitat en la valoració dels casos. No descartem fer-ho en un futur.

La **valoració global** de l'experiència que ha significat la realització d'aquest treball és **altament positiva** per part de tots els professionals implicats. Considerem que el treball amb instruments del tipus que hem treballat pot aportar molt al nostre treball en la mesura que els anem utilitzant i fem difusió de les dades que ens aporta el seu ús. És veritat que tots els instruments de valoració social tenen la limitació que acoten la realitat, que en essència és complexa i gairebé inabastable, i que mai no podran donar-nos una fotografia d'aquesta complexitat, però segurament tampoc no es pot fer amb altres mètodes. La nostra professió exigeix trobar camins de millora, i els instruments de valoració social ens en poden oferir, ja que tenen la gran virtut d'obligar a una observació rigorosa, estructurada i fonamentada. També ofereixen la possibilitat de **comparar els resultats amb altres professionals** i de **treballar-hi de forma multicèntrica**. Són aspectes fonamentals per sumar esforços en la direcció del coneixement de la realitat.

La nostra aportació és modesta pel que fa a resultats, però volem donar molt valor a l'experiència en si, ja que ens ha aportat a cadascun de nosaltres la possibilitat d'endinsar-nos en un projecte confeccionat amb el màxim rigor possible des de la base del coneixement propi dels treballadors socials implicats i pensat des d'un inici per fer-lo de forma col·lectiva

i en col·laboració. Considerem que el treball col·lectiu en projectes de recerca és una opció de futur per als treballadors socials, que sovint tenim limitada la nostra capacitat d'acció en aquest camp a causa de treballar molt sols o en grups reduïts.

Volem destacar que la recerca ha estat dissenyada i duta a terme, en totes les fases, per un grup de treballadors socials amb dedicació assistencial exclusiva, i que ha estat només a l'hora de fer l'anàlisi estadística dels resultats que s'ha buscat suport logístic. Per a la majoria de nosaltres era la primera experiència en l'àmbit de la recerca. Hem pogut comprovar el repte que suposa analitzar la nostra intervenció, així com també la motivació professional que aporta fer-ho. Creiem que experiències com aquesta reverteixen en el nostre treball del dia a dia tant en l'anàlisi de petits aspectes de la pràctica com per orientar-nos cap on hem d'avançar per a la millora constant del coneixement de la realitat i fer-nos més eficaços en el nostre treball.

Bibliografía

Alarcón Alarcón, T. & González Montalvo, J. (1998). "La escala socio-familiar de Gijón, instrumento útil en el hospital general". *Revista Española De Geriátria y Gerontología*, 33 (3), 178-179.

Alarcón Alarcón, T.; González Montalvo, J.; Barcena, A. & Salgado, A. (1998). "Estudio predictivo de las necesidades sociales al alta hospitalaria y a los seis meses en ancianos ingresados por enfermedad aguda". *Revista Española De Geriátria y Gerontología*, 33 (4), 209-218.

Antonucci, T. C. (1990). "Social supports and social relationships". En: R. H. Binstock & L. K. George (Eds.), *Handbook of Social sciences and Aging* (3a ed., 205-227). San Diego, CA: Academic Press.

Aretro Romero, A. & Sedano Cadiñaros, A. (2002). "El Vatad: una escala global de valoración social de las personas mayores". *Agathos: Atención sociosanitaria y bienestar*, 35 (1), 23-45.

Barrón, A. (1996). *Apoyo social. aspectos teóricos y aplicaciones*. Madrid: Siglo XXI de España Editores S.A.

Bellón Saameño, J.; Delgado Sánchez, A.; Luna del Castillo, J. & Lardelli Claret, P. (1996). "Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar-familiar". *Atención Primaria*, 18 (6), 289-296.

Cabrera González, D.; Menéndez Caicoya, A.; Sánchez Fernández, A.; Acobal García, V.; García González, J. V.; Díaz-Palacios, M. E. *et al.* (1999). "Evaluación de la fiabilidad y validez de una escala de valoración social en el anciano". *Atención Primaria*, 23, 434-440.

Casals i Arnau, A. C.; De Vicente, I.; Garriga, R. & Tabueña, M. (2005). *Intervenció social en l'atenció sociosanitària i residencial*. Bellaterra (Barcelona): Univ. Autònoma de Barcelona.

Casals, A.; Llinàs, N.; Fàbregas, N.; Hernández, M.; Santaliestra, S.; Bosch, J. *et al.* (2005). "Construcción de un cuestionario de valoración de la salud social de los usuarios en el ámbito sociosanitario". *Revista Española De Geriatría y Gerontología*, 40 (4), 228-234.

De Vicente, I.; Miralles, R.; Sabartés, O.; Esperanza, A.; García-Palleiro, P.; Vernhes, M. *et al.* (1996). "Utilidad de una escala de valoración social como factor predictivo de institucionalización en pacientes ancianos". *Revista Española De Geriatría y Gerontología*, 31 (5), 291-296.

Decret legislatiu 17/1994 de 16 de Novembre pel qual s'aprova la refosa de les lleis 12/1983, de 14 de juliol, 26/1985, de 27 de desembre i 4/1994, de 20 d'abril en matèria d'assistència i serveis socials. *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya*, núm. 1997 (13 de gener de 1995), 198-207.

Decret 39/2006 de 14 de març de creació del Pla Director Socio-sanitari i el seu consell assessor. *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya*, núm. 4594 (16 de març de 2006), pàg. 12350-12352.

Díaz-Palacios, M. E.; Domínguez Puente, O. & Toyos García, G. (1994). "Resultados de la aplicación de una escala de valoración socio-familiar en atención primaria". *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 29 (4), 239-245.

Dóriga Bonnardeaux, P. & Guillén Llera, F. (1998). "Aproximación clínica al paciente geriátrico. Técnicas de valoración geriátrica. Evaluación clínica, funcional, mental y social". En: SmithKline Beecham (Ed.), *Monografías de actualización en geriatría* (5-37). Madrid: Editores Médicos, S.A.

García González, J. V.; Díaz Palacios, M. E.; Salamea García, A.; Cabrera González, D.; Mendez Caicoya, A.; Fernández Sánchez, A. *et al.* (1999). "Evaluación de la fiabilidad y validez de una escala de valoración social en el anciano". *Atención Primaria*, 23 (7), 434-440.

George, L. K. & Gwyther, L. P. (1986) "Caregiver Well-being: A multidimensional examination of family caregivers of demented adults". *The Gerontologist*, 26 (3): 253-259.

Gómez Ramos, M. J. & González Valverde, E. M. (2004). "El cuidador del paciente con demencia: aplicación del test índice de esfuerzo del cuidador". *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 39 (3), 154-159.

González Montalvo, J. & Alarcón Alarcón, T. (2008). "Calidad de los instrumentos de valoración funcional en geriatría: del invento de la rueda a la era electrónica". *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 43, 265-267.

Grau Fibla, G.; Eiroa Patiño, P. & Cayuela Domínguez, A. (1996). "Versión española de OARS multidimensional functional assessment questionnaire: Adaptación transcultural y medida de la validez". *Atención Primaria*, 17 (8), 486-495.

Guinovart Garriga, C.; Guiteras Soley, A. & Serra Crosas, I. (2003). "Intervención social sobre el cuidador principal en una unidad geriátrica de media estancia". *Revista De Servicios Sociales y Política Social*, 64, 127-141.

IMSERSO. Informes Portal Mayores nº 87. "Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD) 2008". Consultat el 18/04/2010. Disponible a: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/pm-estadisticas-edad-2008-01.pdf>

IMSERSO. "Las personas mayores en España. Informe 2008". Consultat el 18/04/2010. Disponible a: <http://www.imsersomayores.csic.es/estadisticas/informemayores/informe2008/index.html>

IMSERSO. "Las personas mayores en España. Informe 2006". Consultat el 18/04/2010 Disponible a: <http://www.imsersomayores.csic.es/estadisticas/informemayores/informe2006/index.html>.

IOÉ Colectivo/IMSERSO/CIS (1995). *Cuidados en la vejez. El apoyo informal*. (1a ed.). Madrid: IMSERSO.

Kane, R. A. (1995). "Assessment of social functioning: Recommendations for comprehensive geriatric assessment". En: L. Z. Rubenstein, D. Wieland & R. Bernabei (Eds.), *Geriatric assessment technology: The state of art*. (91-110). Milà: Editrice Kurtis s.r.l.

Kane, R. A. (2006). "Standardised measures commonly used in geriatric assessment". En: B. Berkman & S. D'Ambruoso (Eds.), *Hanbook of social work in health and ageing*. (737-748) Nova York: Oxford University Press.

Kane, R. A. & Kane, R. L. (1993). En: Fundación Caja Madrid (Ed.), *Evaluación de las necesidades en los ancianos. Guía Práctica sobre los instrumentos de medición*. (1a Ed.). Barcelona: SG Editores S.A.

Kinney, J. M.; Parris Stephens, M. A.; Franks, M. M. & Norris, V. K. (1995). "Stresses and satisfactions of family caregivers to older stroke patients". *Journal of Applied Gerontology*, 14 (1), 3-21.

Kinney, J. M. & Stephens, M. A. P. (1989). "Hassles and uplifts of giving care to a family member with dementia". *Psychology and Aging*, 4 (4), 402-408.

Lawton, M. P. (1975). "The Philadelphia geriatric morale scale: A revision". *Journal of Gerontology*, 30, 85-89.

Ley 7/1985 de 2 de abril, reguladora de las bases del régimen local. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 80 (3 de abril de 1985), pàg. 44120-44156.

Ley 39/2006 de 14 de Diciembre de Promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 299 (15 de diciembre de 2006), pàg. 44120-44156.

López Alonso, S. R. & Moral Serrano, M. S. (2005). "Validación del índice de esfuerzo del cuidador en la población española". *Enfermería Comunitaria*, 1 (1), 12-17.

López Verdugo, I. (2007). "Evaluación del apoyo social mediante la escala ASSIS: Descripción y resultados en una muestra de madres en situación de riesgo psicosocial". *Intervención Psicosocial (en línea)*, 16 (3), 323-337.

Lubben, J.; Blozik, E.; Gillmann, G.; Iliffe, S.; von Renteln Kruse, W.; Beck, J. C. et al. (2006). "Performance of an abbreviated version of the Lubben social network scale among three European community-dwelling older adult populations". *The Gerontologist*, 46 (4), 503-513.

Lubben, J. & Gironde, M. (2003). "Centrality of social ties to the health and well-being of older adults". En: B. Berkman & L. K. Harooytan (Eds.), *Social work and health care in an aging society: Education, policy, practice and research* (319-350). Nova York: Springer.

Lubben, J. E. (1988). "Assessing social networks among elderly populations". *Family and Community Health*, 11 (3), 42-52.

Lubben, J. (2006). "Abbreviated and targeted geriatric assessment". En: B. Berkman & S.D'Ambruoso (Ed.), *Handbook of social work in health and aging* (729-736). Nova York: Oxford University Press.

Llei 12/1983, de 14 de juliol, d'administració institucional de la sanitat i de l'assistència i els serveis socials. *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya*, núm. 345 (15 de juliol de 1983), pàg. 2019.

Llei 26/1985, de 27 de desembre, de serveis socials. *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya*, núm. 634, (10 de gener del 1986), 35-38.

Llei 4/1994, de 20 d'abril, d'administració institucional, descentralització, desconcentració i de coordinació del sistema català de Serveis Socials. *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya*, núm. 1890 (29 d'abril de 1994), pàg. 2929-2935.

Llei 12/2007, d'11 d'octubre, de serveis socials. *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya*, núm. 4990 (18 d'octubre de 2007), pàg. 37788-37839.

Martín, M.; Salvadó, I.; Nadal, S.; Miji, L. & Rico, J. (1996). "Adaptación para nuestro medio de la escala de sobrecarga del cuidador (Caregiver burden interview) de Zarit". *Revista de Gerontología*, 6, 338-346.

Miralles, R.; Sabartés, O.; Ferrer, M.; Esperanza, A.; Llorach, I.; García-Palleiro, P. *et al.* (2003). "Development and validation of an instrument to predict probability of home discharge from a geriatric convalescence unit in Spain". *Journal of the American Geriatrics Society*, 51 (2), 252-257.

Monteserín Nadal, R.; Altimir Losada, S.; Brotons Cuixart, C.; Padrós Selma, J.; Santaeugenia González, S.; Moral Peláez, I. *et al.* (2008). "Ensayo clínico aleatorizado sobre la eficacia de la valoración geriátrica integral seguida de intervención en atención primaria". *Revista Española de Geriátria y Gerontología*, 43 (1), 5-12.

Nebot, M.; Lafuente, J. M.; Tomás, Z.; Borrell, C. & Ferrando, J. (2002). "Efecto protector del apoyo social en la mortalidad en población anciana: Un estudio longitudinal". *Revista Española De Salud Pública (en línea)*, 76 (6), 673-682.

Neugarten, B. L.; Havighurst, R. J. & Tobin, S. S. (1996). "The measurement of life satisfaction". En: D. A. Neugarten (Ed.). En: *The meanings of age: Selected papers of Bernice L. Neugarten* (296-313). Chicago: University Of Chicago Press.

OMS 2010. OMS. *Envejecimiento*. Consultat el 16/04/2010

Disponible a: www.who.int/features/qa/42/es/index.html Consultat el 16/04/2010

Ordre de 29 de maig de 1986, de creació del Programa Vida als Anys d'atenció socio-sanitària a la gent gran amb llarga malaltia. *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya*, núm. 694 (2 de juny de 1986), pàg. 1753-1754.

Ouslander, J. G.; Tymchuk, A. J. & Rahbar, B. (1989). "Health care decisions among elderly long-term care residents and their potential proxies". *Archives of Internal Medicine*, 149 (6), 1367-1372.

Pfeiffer, E. (1975). "A Short Portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients". *Journal of the American Geriatrics Society*, 23/ (10): 433-441.

Real decreto 1497/1999, de 24 de septiembre, por el que se regula un procedimiento excepcional de acceso al título de médico especialista. *Boletín Oficial del Estado*, núm 230 (25 de setembre de 1999), pàg. 34257-34260.

Robinson, B. C. (1983). "Validation of a Caregiver strain index". *Journal of Gerontology*, 38 (3), 344-348.

Rodríguez Rodríguez, P. (2006). "El apoyo informal y su complementariedad con los recursos formales". En: R. Puyol & A. Abellán (Eds.), *Envejecimiento y dependencia. Una mirada al panorama futuro de la población española* (pp. 148-168). Madrid: Mondial Assitance.

Rodríguez, R. (2005). "El apoyo informal a las personas mayores en España y la protección social a la dependencia: Del familismo a los derechos de la ciudadanía". *Revista Española De Geriátria y Gerontología*, 40 (supl 3), 5-15.

Rogero-García, J. (2009). "Distribución en España del cuidado formal e informal a las personas de 65 y más años en situación de dependencia". *Revista Española de Salud Pública (en línea)*, 83 (3), 393-405.

Rubenstein, R. L.; Lubben, J. E. & Mintzer, J. E. (1994). "Social isolation and social support: An applied perspective". *Journal of Applied Gerontology*, 13 (1), 58-72.

Rubenstein, L. Z.; Josephson, K. R.; Wieland, G. D.; English, P. A.; Sayne, J. A. & Kane, R. L. (1984). "Effectiveness of a geriatric evaluation unit: A randomized clinical trial". *New England Journal of Medicine*, (311), 1664-1670.

Rubenstein, L. Z.; Stuck, A. E.; Siu, A. L. & Wieland, G. D. (1991). "Impacts of geriatric evaluation and management programs on defined outcomes: Overview of the evidence". *Journal of American Geriatrics Society*, (39 Suppl), 8-16.

Rubenstein, L. Z.; Wieland, D. & Bernabei, R. (1995). *Geriatric assessment technology: The state of the art*. Milà: Editrice Kurtis.

Sabartés, O.; Miralles, R.; Ferrer, M.; Esperanza, A.; García-Palleiro, P. & Clorach, I. (1999). "Factores predictivos de retorno al domicilio en pacientes ancianos hospitalizados". *Annales De Medicina Interna*, 16 (8), 407-414.

SCBGG. (1996) Societat Catalano-Balear de Geriatria i Gerontologia (Ed.), *Avaluació geriàtrica integral*. Barcelona: Glosa Ediciones.

SEGG. (2000). *Geriatria XXI: Análisis de necesidades y recursos en la atención a las personas mayores en España*. Madrid: Edimsa.

SEGG. (2007). Sociedad Española de Geriatria y Gerontologia (Ed.), *Estándares de calidad en geriatría*. Madrid: IM.C. Disponible a: http://www.segg.es/files/pdfs/estandares_geriatria.pdf

SEGG. (2010). *Introducción programa docente de la especialidad de geriatría*. Consultat el 16/04/2010. Disponible a: <http://www.segg.es/book/introduccion/0>

Shalowitz, D. I.; Garrett-Mayer, E. & Wendler, D. (2006). "The accuracy of surrogate decision makers: A systematic review". *Archives of Internal Medicine*, 166 (5), 493-497.

Stuck, A. E.; Siu, A. L.; Wieland, G. D.; Adams, J. & Rubenstein, L. Z. (1993). "Comprehensive geriatric assessment: A meta-analysis of controlled trials". *Lancet*, (342), 1032-1036.

Terol, M. C.; López, S.; Neipp, M. C.; Rodríguez, J.; Pastor, M. & Aragón, M. M. (2004). "Apoyo social e instrumentos de evaluación: Revisión y clasificación". *Anuario De Psicología*, 35 (1), 23-46.

Zarit, S. H.; Reever, K. E. & Bach-Peterson, J. (1980). "Relatives of the impaired elderly: Correlates of feelings of burden". *The Gerontologist*, 20 (6), 649-655.

Zunzunegui Pastor, M. V. & Lázaro y de Mercado, P. (2008). "Integración y fronteras entre la atención sanitaria y social. Informe SESPAS 2008". *Gaceta sanitaria*, 22 (Supl 1), 156-162. Disponible a: http://www.osalde.org/drupal-5.1/files/Documentos/COOPERACION/Informe_sespas_2008.pdf

Annex I

FIGURA 1
Escala de valoración sociofamiliar

Escala Gijón (Días Palacios)		Escala Gijón modificada (Alarcon Montalvo)		Escala EVSF (Sabartés Miralles)	
1. Situación familiar		1. Situació familiar		1. Situación familiar	
1	Vive con familiar, sin conflicto familiar	0	Viu amb fills	1	Vive con familiar, sin conflicto familiar
2	Vive con familia, presenta algun tipo de dependencia física / psíquica	1	Viu amb la parella d'edat semblant	2	Vive con familia, presenta algun tipo de dependencia física
3	Vive con cónyuge de similar edad	2	Viu amb altres familiars i amics	3	Vive con cónyuge de similar edad
4	Vive solo, tiene hijos próximos	3	Viu sol però té fills pròxims	4	Vive solo, tiene hijos próximos
5	Vive solo, carece de hijos o viven alejados	4	Viu sol, sense fills o viuen lluny	5	Vive solo, carece de hijos o viven alejados
2. Apoyos que recibe de la red social		2. Recolzament a la xarxa social		2. Apoyos que recibe de la red social	
1	No necesita apoyo	0	No necessita cap recolzament	1	No necesita ningún apoyo
2	Con apoyo familiar o vecinal	1	Rep recolzament de la família i/o veïns	2	Recibe apoyo de los vecinos
3	Voluntariado social, ayuda domiciliaria	2	Rep ajuda a domicili formal o voluntària	3	Recibe apoyo de voluntarios o ayuda domiciliaria
4	Pendiente de ingreso en Residencia geriátrica	3	Pendent d'ingressar a Residència d'avis	4	Pendiente de ingreso en residencia geriátrica
5	Necesita cuidados permanentes (Residencia, Cruz Roja, Centro Día)	4	Necessita cuidados permanents que no li son donats	5	Está ingresado en una residencia o hospital de día
3. Vivienda		3. Habitatge		3. Vivienda	
1	Adecuada necesidades	0	Adecuada (llum, aigua calefacció, bany telèfon, ascensor)	1	Adecuada a necesidades
2	Barreras arquitectónicas dentro de la vivienda (baños, puertas estrechas)	1	Equipament inadequat (falta una cosa del llistat anterior)	2	Barreras arquitectónicas dentro de la vivienda (baños, puertas)
3	Humedades, mala higiene, equipamiento inadecuado (baño incompleto, ausencia agua caliente, calefacción...)	2	Barreres arquitectòniques	3	Equipamiento inadecuado dentro de la vivienda (humedades, mala higiene, baño incompleto, ...)
4	Ausencia de ascensor, teléfono	3	Habitatge inadequat (falta ≥ 2 coses del llistat anterior)	4	Ausencia de ascensor y/o teléfono
5	Vivienda inadecuada (chabola, vivienda declarada en ruina, ausencia de equipamientos mínimos)	4	No te casa (absència d'habitatge)	5	Vivienda inadecuada (chabola, barraca, ruinas, ausencia de vivienda)
4. Situación económica		4. Situació econòmica		4. Situación económica (pensión / ingresos)	
1	Dos veces el salario mínimo	0	Més de 715€ (119.000 Pts)	1	Más de 60.000 ptas
2	1,5 veces el salario mínimo	1	Entre 480€ i 715€ (80.000 i 119.000 Pts)	2	Entre 50-60.000 ptas
3	Pensión mínima contributiva (40.000 ptas)	2	Entre 240€ i 480€ (40.000 i 80.000 Pts)	3	Entre 40-50.000 ptas
4	LISMI (24.000 ptas), FAS (24.000 ptas), No contributiva (30.000 Ptas)	3	Menys de 240€ (Menys de 40.000 Pts)	4	Entre 30-40.000 ptas
5	Sin pensión ni otros ingresos	4	No rep cap pensió ni altres ingressos	5	Sin pensión ni otros ingresos
5. Relaciones y contactos sociales		5. Relacions i contactes socials		5. Relaciones y contactos sociales	
1	Relaciones sociales	0	Manté relacions socials fora del domicili	1	Mantiene relaciones sociales fuera del domicilio
2	Relación social sólo con la familia y vecinos	1	Només es relaciona amb la família i els veïns, surt de casa	2	Solo se relaciona con la familia y vecinos, sale de casa
3	Relación social sólo con la familia	2	Només es relaciona amb la família, surt de casa	3	Solo se relaciona con la familia, sale de casa
4	No sale del domicilio, recibe familia	3	No surt del seu domicili, rep família o visites (> 1 setmana)	4	No sale del domicilio, recibe familia o visitas
5	No sale y no recibe visitas	4	No surt del domicili, ni rep visites (0 < 1 / setmana)	5	No sale del domicilio y no recibe visitas
Puntuación total:		Puntuació total:		Puntuación total:	

Puntuación de 5 a 9 = Buena / aceptable situación social
 Puntuación de 10 a 14 = Existe riesgo social
 Puntuación > 15 = Existe riesgo de problema social

≤ 8 = Bu / Aceptable
 9 - 16 = Riesgo social
 ≥ 17 = Problema social

FIGURA 2
Versió Miralles / Sabartés / Ferrer

Appendix 1
Social-Familial Evaluation Scale
Family Conditions 1 Lives with partner and/or family, without family conflict 2 Lives with partner of similar age 3 Lives with partner and/or family, but they are unable (or unwilling) to take care of him/her 4 Lives alone: there are sons and/or daughters or other family members but they fail to satisfy all needs 5 Lives alone, distant family, lack of care, no family (or no caregivers)
Social contacts 1 Social contacts outside the home; the patient is able to go out 2 Social contacts only with family/neighbors/others; the patient is able to go out 3 Social contacts only with family; the patient is able to go out 4 The patient is unable to go out, but he/she receives visitors 5 The patient is unable to go out; he/she does not receive visitors
Assistance from the Social Network 1 No assistance is required 2 Assistance from family and/or neighbors is required 3 Assistance from social network is required and suffices (day center, home help, or residence in a nursing home or similar) 4 Assistance from social network is required, but does not suffice 5 There is no assistance from social network and is necessary

Note: Score: ≥ 10 severe social impairment. 8-9 mild social impairment, 6+7 good social situation, ≤ 5 very good social situation. Modified and translated by the authors from the Social Familial Evaluation Scale of Gijón (Spain)

Miralles R.; Sabartes O.; Ferrer M. *et al.* Development and validation of an instrument to predict probability of home discharge from geriatric convalescence unit in Spain. *JAGS*, 2003;51:252-257.

ESCALA AVALUACIÓ SOCIOFAMILIAR (modificada de l'Escales de Gijón)

Condicionis familiars

1. Viu amb parella i/o família sense conflicte familiar.
2. Viu amb parella d'edat similar.
3. Viu amb parella i/o família però són incapaçs o no estan disposats a fer-se'n càrrec (cuidar-lo).
4. Viu sol, hi ha fills/es o altres familiars, però no se'n surten en l'atenció de les seves necessitats.
5. Viu sol, família distant, carència de cures, no hi ha família ni cuidadors.

Contactes socials

1. Contactes socials fora del domicili. El pacient és capaç de sortir al carrer.
2. Contactes socials només amb família / veïns / altres. El pacient és capaç de sortir al carrer.
3. Contactes socials només amb la família. El pacient és capaç de sortir al carrer.
4. El pacient no es capaç de sortir al carrer, però rep visites.
5. El pacient no és capaç de sortir al carrer i no rep visites.

Assistència rebuda per la xarxa social

1. No requereix assistència
2. Requereix assistència de la família o dels veïns
3. Requereix assistència de la xarxa social (de recursos) i és suficient (centre de dia, ajuda a domicili, residència...).
4. Requereix assistència de la xarxa social (de recursos) i no és suficient.
5. No hi ha suport de la xarxa de recursos i és necessari

Puntuació: > 0 = 10 problema social sever, 8-9 problema social moderat, 6-7 bona situació social, < 0 = 5 Molt bona situació social.

FIGURA 3
Escala Gijón versió TSO

Escales valoració socio-familiar (modificada E-Gijón) / TSO

1. Condicions familiars	
1	Viu amb parella i/o família
2	Viu amb parella i/o família d'edat similar
3	Viu amb parella i/o família però sense capacitat i/o disponibilitat i/o disposició de fer-se càrrec (cuidar-lo) i/o no se'n surten en l'atenció a les seves necessitats. Cuidador amb sobrecàrrega.
4	Viu sol. Hi ha fills/es o altres familiars. No se'n surten en l'atenció a les seves necessitats.
5	Viu sol. Família distant (física o afectivament). No se n'ocupen. Carencia de cures. No hi ha familiars ni cuidadors.
2. Contactes socials	
1	Contactes socials fora del domicili. El pacient surt al carrer.
2	Contactes socials amb família, veïns, altres (botiga, metge/infermera CAP), etc. El pacient surt o no al carrer.
3	Contactes socials només amb la família i/o àmbit de relació restringit. El pacient pot sortir al carrer.
4	Rep visites de forma puntual. No pot sortir al carrer.
5	No rep visites. No pot sortir al carrer. Aïllament social.
3. Assistència rebuda per la xarxa de recursos (formals / informals)	
1	No requereix ajut.
2	Requereix ajut i el rep de la xarxa informal (família - veïns) i és suficient.
3	Requereix ajut i el rep de la xarxa de recursos formals (SAD, centre de dia...) i és suficient. Rep atenció per cuidador extern.
4	Requereix ajut i el rep tant a la xarxa informal i/o formal, i no és suficient.
5	No hi ha suport de la xarxa de recursos (formal / informal) i/o no es pot exercir i és necessària.
4. Situació econòmica	
1	Més de 2 vegades indicador de renda de suficiència (IRS) -> 2 x IRS - Més de 1088€.
2	Entre una vegada i mitja IRS i dues IRS - 1,5 IRS ↔ 2x IRS - Entre 816€ i 1088€
3	Entre una vegada i una mitja IRS - >1 IRS ↔ 1,5x1 IRS - Entre 544€ i 816€
4	Igual o inferior a 1 IRS - ≤ 1 IRS - ≤ 544€
5	Sense ingressos fixes
5. Habitatge	
1	Adequat. Disposa de tots els subministraments, adaptacions i equipaments (calefacció, bany, telèfon, ascensor).
2	Barreres arquitectòniques externes i/o falta algun equipament del llistat anterior.
3	Barreres arquitectòniques internes al domicili.
4	Equipament inadequat (falta dos o més equipaments del llistat) i/o subministraments, i/o altres (humitats, descurança).
5	Vivenda inadequada: barraca, asbència vivenda.
Puntuació total:	

FIGURA 4
Full de recollida de dades

1. Condicions familiars		Cas núm. <input type="text"/> Edat: <input type="text"/> Sexe: <input type="text"/> Municipi origen / centre: <input type="text"/> Data: <input type="text"/> Tipus de cas: <input type="text"/> Primera <input type="text"/> Seguint <input type="text"/> Genograma <input type="text"/>
1	Viu amb parella i/o família	
2	Viu amb parella i/o família d'edat similar	
3	Viu amb parella i/o família però sense capacitat i/o disponibilitat i/o disposició de fer-se càrrec (cuidar-lo) i/o no se'n surten en l'atenció a les seves necessitats. Cuidador amb sobrecarrega.	
4	Viu sol. Hi ha fills/es o altres familiars. No se'n surten en l'atenció a les seves necessitats.	
2. Contactes socials		
1	Contactes socials fora del domicili. El pacient surt al carrer.	
2	Contactes socials amb família, veïns, altres (botiga, metge/infermera CAP), etc. El pacient surt o no al carrer.	
3	Contactes socials només amb la família i/o àmbit de relació restringit. El pacient pot sortir al carrer.	
4	Rep visites de forma puntual. No pot sortir al carrer.	
5	No rep visites. No pot sortir al carrer. Aïllament social.	
3. Assistència rebuda per la xarxa de recursos (formals / informals)		
1	No requereix ajut.	
2	Requereix ajut i el rep de la xarxa informal (família - veïns) i és suficient.	
3	Requereix ajut i el rep de la xarxa de recursos formals (SAD, centre de dia...) i és suficient. Rep atenció per cuidador extern.	
4	Requereix ajut i el rep tant a la xarxa informal i/o formal, i no és suficient.	
5	No hi ha suport de la xarxa de recursos (formal / informal) i/o no es pot exercir i és necessària.	
4. Situació econòmica		
1	Més de 2 vegades indicador de renda de suficiència (IRS) -> 2 x IRS - Més de 1088€	
2	Entre una vegada i mitja IRS i dues IRS - 1,5 IRS - 2x IRS - Entre 816€ i 1088€	
3	Entre una vegada i una mitja IRS -> 1 IRS - 1,5x1 IRS - Entre 544€ i 816€	
4	Igual o inferior a 1 IRS -> 1 IRS -< 544€	
5	Sense ingressos fixos	
5. Habitatge		
1	Adequat. Disposa de tots els subministraments, adaptacions i equipaments (calefacció, bany, telèfon, ascensor).	
2	Barres arquitectòniques externes i/o falta al gun equipament del llistat anterior.	
3	Barres arquitectòniques internes al domicili.	
4	Equipament inadequat (falta dos o més equipaments del llistat) i/o subministraments, i/o altres (humitats, descurança).	
5	Vivenda inadequada: barraca, asbèrnia vivenda.	
Puntuació total:		<input type="text"/> Problema social sever <input type="text"/> Problema social moderat <input type="text"/> Problema social lleu <input type="text"/> Bona situació social <input type="text"/> Molt bona situació social

Llista de sigles, acrònims i definicions

ABVD	Activitats bàsiques vida diària
AIVD	Activitats instrumentals vida diària
AREB	Assistència rebuda
BSS	Bona situació social
CFAM	Condicions familiars
CSOC	Contactes socials
ECON	Economia
HAB	Habitatge
LAPAD	Ley de Promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia.
MBSS	Molt bona situació social
PSLL	Problema social lleu
PSM	Problema social moderat
PSS	Problema social sever
SCBGG	Societat Catalano-Balear de Geriatria i Gerontologia
SEGG	Sociedad Española de Geriatria y Gerontología
SMI	Salari mínim interprofessional
TS	Treball Social
TSO	Treball Social Osona
VGI	Valoració Geriàtrica Integral

Definició de "gold standard" o patró de referència.

En medicina i estadística el Test de Gold Standard es refereix al test de diagnòstic o el punt de referència que és el millor disponible sota unes condicions raonables. Pot referir-se a un mètode, a un tractament o a un criteri de referència. No ha de ser necessàriament el millor possible per la condició avaluada en termes absoluts.

Qualsevol avaluació clínica estandarditzada, mètode, procediment, intervenció o mesura de validesa i fiabilitat reconegudes que generalment és presa com la millor disponible i contra la qual el nou test, resultat o protocol són comparats.

Disponible a <http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/gold+standard>

Annex II

Manual d'ús de l'Escala sociofamiliar de Gijón- versió TSO

Criteris genèrics per a l'aplicació i registre

1. L'avaluació es fa sempre des del present, en l'ara i l'aquí, la situació observada en la data en què es fa la valoració. No s'han d'intentar traduir a l'escala coses ja passades i que es coneixen del cas, o les que puguin passar més endavant. Per exemple: si la persona habitualment surt molt al carrer, però ara està deprimida i no ho fa, cal posar que no ho fa. Si la valoració es fa durant una estada hospitalària i es preveu un increment de dependència no és pot fer una projecció dels possibles problemes que poden presentar-se sinó una valoració de la situació social basal prèvia; si cal és fa una nova valoració en el moment que es confirmen les dificultats.
2. L'avaluació és única en un moment determinat, però cal tornar a fer-la cada vegada que es produeixen canvis, l'escala pot tenir un valor longitudinal.
3. Es marquen els diversos ítems de cada àrea d'avaluació segons el criteri del professional que ha valorat el cas (no el que l'usuari comenta, percep o viu sobre la seva situació...). Per exemple: el nivell de suport rebut en una situació determinada que l'usuari o el familiar poden considerar adequat i el professional no.

4. Es valora sempre el resultat que s'observa. Les causes perquè es doni el resultat observat poden ser diverses, però no les hem d'interpretar quan anotem un ítem. Per exemple: quan intervé la voluntat de l'usuari en la realització d'activitats o en l'acceptació d'ajut.
- Podria sortir al carrer (no té cap impediment físic ni d'habitatge) però no surt. Com a resultat: no té contacte social
 - Podria cobrir la seva autocura i no ho fa. Com a resultat: carència de cures
 - Podria tenir ajut per part dels Serveis Socials i/o la família i no vol. Com a resultat: no es pot exercir l'ajut.

Considerem que no té sentit utilitzar l'escala per valorar usuaris ja atesos de manera estable en un recurs residencial. Les circumstàncies de la forma de vida institucional fan que aspectes com convivència, contactes o condicions de l'habitatge adquireixin una perspectiva que no es pot incloure en una gradació de risc comparable a les circumstàncies domiciliàries. En les institucions residencials es donen les condicions de cobertura de les necessitats de les persones acollides, i el mateix fet de la ubicació residencial està vinculat a unes necessitats socials i/o de dependència importants que eren de risc alt i en les quals l'opció residència és el darrer graó al qual s'accedeix quan s'han exhaurit les opcions de ser atès per altres sistemes de cura formals/informals.

5. Hi ha ítems que contenen diferents afirmacions separades amb punt i seguit. No tenen per què donar-se totes les situacions descrites en les afirmacions. Quan se'n compleixi una es pot marcar aquest ítem, o sigui, es poden considerar diferenciades unes de les altres.
6. Cal tenir en compte que partim d'una reelaboració d'escalas que han estat pensades/ utilitzades en la valoració geriàtrica. Això fa que es doni importància a alguns aspectes considerats factors de risc clàssics en geriatria, com són:
- Viure sol
 - Aïllament social

Des d'aquesta perspectiva es considera sempre una situació millor, o amb tendència a ser millor, una situació en què l'usuari conviu amb algú i que tingui contactes socials sovintejats i amplis. Tots dos aspectes es comporten com a factors de "protecció" del deteriorament de l'ancià en tots els sentits (físic, cognitiu, etc.).

Indicacions per la classificació de les situacions observades per dimensions.

1. Condicions familiars

La graella de descriptors és la següent:

1	Viu amb parella i/o família
2	Viu amb parella i/o família d'edat similar
3	Viu amb parella i/o família però sense capacitat i/o disponibilitat i/o disposició de fer-se'n càrrec (cuidar-lo) i/o no se'n surten en l'atenció de les seves necessitats. Cuidador amb sobrecàrrega.
4	Viu sol, hi ha fills/es o altres familiars. No se'n surten en l'atenció de les seves necessitats.
5	Viu sol. Família distant (físicament o afectivament). Carència de cures. No hi ha familiars ni cuidadors. No se n'ocupen.

criteris aclaridors dimensió: "Condicions familiars"

Es considera "viure amb" (convivència) quan els membres del nucli de convivència passen diverses hores junts al llarg del dia, ja siguin diürnes o nocturnes. Tenir un timbre que connecti amb casa dels fills o similar no es considera convivència.

Ítem 2:

Ens referim a un nucli de convivència reduït format només per 2 o 3 persones com a màxim. En aquest cas el que es valora com a factor de risc és que totes les persones del nucli de convivència són d'edat avançada o amb condicions de fragilitat. Té sentit perquè des de la perspectiva de l'atenció en geriatria habitualment, si l'usuari és gran, el cònjuge també ho és i pot estar afectat per problemes propis de l'edat avançada. Es pot assimilar a qualsevol situació en què en un nucli de convivència hi ha només dues persones grans o febles (per exemple: dues germanes, cosins, oncles/nebots...)

Ítem 3:

Hi ha convivència establerta: amb la parella més altres familiars o amb família.

- a) Sense capacitat: valoració feta a priori (abans d'observar com funciona la dinàmica familiar). Es pot donar en contextos d'avaluació com l'hospitalari o en una primera entrevista. Inclouria cuidadors amb pocs recursos personals (educació, CI baix, dificultats maneig entorn, problemes físics o de salut que els poden dificultar o impedir fer-se càrrec de les atencions que requereix l'usuari).

- b) Sense disponibilitat: es refereix al fet que la família té altres obligacions laborals, familiars o personals que no permeten tenir el temps necessari per atendre l'usuari. Té a veure amb aspectes organitzatius familiars.
- c) Sense disposició: es refereix al fet que la família no té voluntat de cuidar l'usuari. Té a veure amb problemàtiques familiars més profundes, relacionals, afectives... que poden haver degenerat en conflicte.
- d) No se'n surten: hi ha hagut un intent d'atendre les necessitats de l'usuari i una comprovació que, tot i intentar-ho, la família no se'n surt. Podria tenir a veure amb poca capacitat de maneig o amb problemes organitzatius.
- e) Sobrecàrrega: les condicions per considerar que hi ha sobrecàrrega per part del cuidador són, i per aquest ordre:
 - 1. Hi ha d'haver, per part dels cuidadors, dedicació real d'hores d'atenció directa
 - 2. Temps moderament llarg (podrien ser alguns mesos) d'atenció continuada (per exemple: no es pot considerar sobrecàrrega només havent atès una situació una setmana, si el cuidador ho manifesta així cal considerar que no s'estiguin donant altres dificultats de tipus anímic)
 - 3. Efectes secundaris sobre el cuidador (cansament físic, insomni, ansietat, ànim baix...)

Ítems 4 i 5:

En el cas d'una persona visqui sola la valoració ha de situar-se sempre als ítems 4 o 5. Això es justifica pel sol fet que viure sol en el cas de pacients geriàtrics és un factor de risc molt important. Es poden donar casos de no-acceptació d'ajuda per part de l'usuari, que rebutja tant l'ajuda de la família com la dels serveis socials. En aquest cas, si ell sol s'assegura la cobertura de les seves necessitats bàsiques (menjar, higiene, autocura...) se li puntua 4, i si no és així se li puntua 5).

2. Contactes socials

La graella de descriptors és la següent:

1	Contactes socials fora del domicili. El pacient surt al carrer.
2	Contactes socials amb família, veïns, altres (botiga, metge/infermera CAP), etc. El pacient surt o no al carrer.
3	Contactes socials només amb la família i/o àmbit de relació restringit. El pacient pot sortir al carrer.
4	Rep visites de forma puntual. No pot sortir al carrer.
5	No rep visites. No pot sortir al carrer. Aïllament social.

Criteris aclaridors dimensió: “Contactes socials”

- “Poder sortir al carrer”: s’entén com el resultat. El malalt pot tenir o no tenir capacitat física i/o cognitiva per fer-ho. Es pot considerar tant sol com acompanyat, pels seus propis mitjans o amb ajudes tècniques.
- Les relacions socials que es poden donar en el context de la utilització de recursos formals (SAD, centres de dia...) no es consideraran com a contactes socials. Habitualment no estan tan vinculades a una voluntarietat/iniciativa del pacient, sinó que han estat prescrites.

Ítem 1:

S’hi inclourien els usuaris que accedeixen a xarxes socials àmplies: tipus grup com d’associacions, casals, grups específics (corals, cosir). Els usuaris mostren voluntat i actuen per ampliar i mantenir contactes socials amplis (més enllà de la família). Es valora la relació per ella mateixa.

Ítem 2:

S’hi inclourien usuaris que surten però amb contactes socials més relacionats amb aspectes funcionals, o sigui, perquè han de realitzar activitats (comprar, anar al metge...) imprescindibles o que els són necessàries. També incloem aquí els usuaris que, tot i no poder sortir, mantenen un contacte ampli (la gent va a casa seva en nombre important, grup d’amics/amigues es desplacen a casa seva i fan activitats en grup allà... Combinació de no sortir però amb capacitat per mantenir vida social àmplia.

Ítem 3:

Només contactes amb membres de la família o àmbit de relació molt restringit. El pacient pot sortir però ho aprofita molt poc.

Ítem 5:

Hem inclòs el concepte aïllament social per poder classificar aquí aquelles situacions que per diferents circumstàncies fan que els contactes siguin pràcticament nuls. Per exemple: es podrien considerar els casos de no-voluntat de contacte encara que potencialment l’usuari pogués accedir al carrer. Recordeu: és un ítem amb tres afirmacions separades per punt i seguit, per la qual cosa es poden considerar diferenciades, només que se’n doni una cal marcar-lo.

3. Suport rebut per la xarxa de recursos formals / informals

La graella de descriptors és la següent:

1	No requereix ajut
2	Requereix ajut i el rep de la xarxa informal (família-veïns) i és suficient.
3	Requereix ajut i el rep de la xarxa de recursos formals (SAD, centre de dia...) i és suficient. Rep atenció per cuidador extern a la família.
4	Requereix ajut i el rep de la xarxa informal i/o de la xarxa formal, i no és suficient.
5	No hi ha suport de la xarxa de recursos (formals / informals) i/o no es pot exercir i és necessari.

Criteris aclaridors dimensió: "Suport rebut per la xarxa de recursos formals/informals".

- Xarxa de recursos formals: implica que sempre hi ha hagut una valoració professional, i s'ha orientat i concretat el recurs corresponent.
- Es considera recurs informal: activitats que exerceix la família o algú del nucli de relació de l'usuari sense contraprestació econòmica.
- Teleassistència: no l'hem inclosa com a recurs formal com es fa en altres versions de l'escala, ja que en l'aplicació i finalitat d'instal·lació està més dirigit a detectar situacions excepcionals o d'emergència (caigudes, problemes...) en població de persones grans força conservada tant físicament com psíquica, però no va associada a un treball de suport directe pels serveis socials.

Ítem 3:

Atenció per cuidador extern: Situació emergent, hem considerat incloure-la perquè és una realitat, però sense entrar a valorar si és un recurs formal o informal, per les especials característiques i diversitat de les persones que l'exerceixen (formació, ubicació empresarial, economia submergida...). Ho considerem tant per a situacions de 24 hores, d'atenció diürna o nocturna completa i tant d'atenció només de les Activitats Instrumentals com de les Activitats de la Vida Diària, ja que es dona una progressivitat d'una cap a l'altra en funció de l'evolució de la dependència. El cuidador extern indica sempre una contraprestació econòmica pels seus serveis per part de l'usuari i/o família. Ho classifiquem de risc perquè es dona en situacions de cobertura de necessitats moderades/altas que cal fer-ne seguiment i que no eximeix de la implicació del propi usuari i/o la família en la cobertura de necessitats àmplies de la situació i del seu paper de coordinació i direcció del procés de cura.

Ítem 4:

El que defineix aquest ítem és que l'ajuda rebuda no és suficient, independentment de la font (xarxa informal, formal, cuidador, combinades...) i de la intensitat, i per tant és de risc alt.

Ítem 5:

“No es pot exercir l’ajut”, es refereix a situacions conegudes per família i/o serveis socials normalment avaluades, o fins i tot amb recursos adjudicats (SAD, per exemple), però que o bé l’usuari rebutja l’ajut o, tot i acceptar-lo, a la pràctica la prestació de servei / recurs és molt irregular (l’usuari no obre la porta, o no hi és...).

4. Situació econòmica

La graella de descriptors és la següent:

(recomanem l’actualització anual de les quantitats absolutes, en quadre annex a la graella, per facilitar el registre als professionals).

TAULA 8
Distribució dimensió assistència rebuda/tipus de cas

			2008
1	Més de 2 vegades l’indicador de renda de suficiència (IRS)	> 2 x IRS	Més de 1088€
2	Entre una vegada i mitja i dues l’IRS	1,5 IRS ↔ 2x IRS	Entre 816€ i 1088€
3	Entre una vegada i una i mitja	> 1 IRS ↔ 1,5x IRS	Entre 544€ i 816€
4	Igual o inferior a 1 IRS	≤ 1 IRS	< 544 €
5	Sense ingressos fixos		

Criteris aclaridors dimensió: “Situació econòmica”

- Només es compten els ingressos de l’individu avaluat (no cònjuge ni grup de convivència).
- Es compten només ingressos provinents del sistema de provisió pública (pagues/prestacions periòdiques mensuals). S’inclouen en aquests altres ajuts econòmics provinents del sistema públic (suport econòmic programa viure en família, PUA domiciliari i/o assistent personal). També s’inclouran ingressos provinents de classes passives i totes les prestacions econòmiques que es deriven de l’aplicació de la llei de la dependència.
- No es tindran en compte altres ingressos (rendes immobiliàries, rendes bancàries...)
- No es demanarà documentació complementària per verificar la informació que doni l’usuari per fer el registre a l’escala. Això no treu que si el professional ho considera necessari per a la intervenció en el cas ho requereixi.
- Es poden donar circumstàncies que redueixin el volum global dels ingressos disponibles reals per circumstàncies familiars o personals de l’usuari (exemple: mantenir a un altre membre de la família, tenir embargada part de la prestació per sentència judicial...). No

s'aplicarà cap criteri de descompte en el càlcul a fer en el registre. Es consideren despeses diverses com altres que pugui tenir la família.

- Idea principal: els ingressos només de l'usuari més qualsevol prestació pública i no es resten les despeses.

5. Habitatge

La graella de descriptors és la següent:

1	Adequat. Disposa de tots els subministraments, adaptacions i equipaments (calefacció, bany, telèfon, ascensor)
2	Barreres arquitectòniques externes i/o falta algun equipament del llistat anterior
3	Barreres arquitectòniques internes al domicili
4	Equipament inadequat (falten dos o més equipaments del llistat) i/o subministraments, i/o altres (humitats, descurança, poca higiene)
5	Habitatge inadequat: barraca, absència habitatge.

criteris aclaridors dimensió: "Habitatge"

- Es consideren subministraments: l'aigua, l'electricitat i el gas o forma de cocció alternativa.
- El concepte calefacció inclou diferents sistemes habituals d'escalfament: estàndar amb radiadors, plaques elèctriques radiants / aire, estufes, gas butà...
- Si una persona, tot i tenir barreres arquitectòniques internes, té les ajudes tècniques o adaptacions que facilitin el maneig, l'habitatge es considera adequat.
- De vegades hi ha habitatges que estan estructuralment acceptables però amb dèficits d'higiene que es poden atribuir a la progressiva incapacitat de l'usuari per mantenir-los en condicions. En aquests casos el que determina el deteriorament de l'habitatge és que la persona que hi viu té més necessitats i requereix ajut. En aquests casos amb una intervenció puntual de neteja a fons i llavors manteniment, l'habitatge reuneix condicions per viure-hi. Si es dona aquesta situació l'habitatge es considerarà adequat i es classificarà en els ítems 1 – 2 – 3 segons les condicions d'estructura.
- Marcarem "Equipament inadequat" en casos de situació més greu que la descrita anteriorment on encara que es fes un esforç de millora la situació de deteriorament de l'habitatge no seria reversible (condicions de dependència física / cognitiva de l'usuari ho farien impossible encara que rebés ajut o bé les reformes d'estructura són inassolibles a curt / mitjà termini.
- Es valora l'habitatge tal com és amb el material d'adaptacions/ajudes tècniques que tingui ja instal·lat, no el valorarem pel que caldria fer per millorar-lo.

amb el suport de:



Generalitat de Catalunya
**Departament de Benestar Social
i Família**



**Diputació
Barcelona**



Ajuntament de L'Hospitalet