EVSF TSO

La Escala de Valoración Sociofamiliar TSO

Fundamentos, descripción, validación
e instrucciones de uso – Versión 1. Español

Víctor M. Giménez-Bertomeu
Carme Guinovart-Garriga
Eva Rovira-Soler
Núria Viñas-Segalés

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

La Escala de Valoración Sociofamiliar TSO

Fundamentos, descripción, validación
e instrucciones de uso – Versión 1. Español

UNIVERSIDAD DE ALICANTE

Autores:

Giménez-Bertomeu, Víctor M.
Guinovart-Garriga, Carme
Rovira-Soler, Eva
Viñas-Segalés, Núria

Edita: Universidad de Alicante

© Del texto: los autores.

© De los logotipos de la Escala: Gabinete de Imagen y Comunicación Gráfica. Universidad de Alicante.

Los contenidos de esta publicación son propiedad intelectual de sus autores. Los autores autorizan el uso individual de la Escala TSO en formato papel en los procesos de intervención profesional. Los autores no autorizan la reproducción de la Escala TSO en un soporte digital (plataforma en línea, software o equivalente) sin su permiso expreso previo. Para ello, será necesario que enviar una solicitud escrita explicando el uso que se quiere dar al instrumento al correo electrónico: victor.gimenez@ua.es

Alicante, julio de 2020

ISBN: 978-84-1302-077-8

Depósito legal: A 404-2020

Impresión y encuadernación: Ulzama Digital

Índice

Introducción 7

1. Descripción de la escala 9
1.1. Ficha técnica 9
1.2. Objetivo, destinatarios, utilidades y enfoque 10
1.3. Estructura de la Escala 11

2. Fundamentos de la escala 13
2.1. Las necesidades sociales de las personas mayores y su medición 13
2.2. La medición de las necesidades sociales en Geriatría 15
2.3. La Escala de Valoración Sociofamiliar (EVSF) 19

3. Proceso de desarrollo y validación de la escala 21
3.1. Objetivos y resultados esperados 21
3.2. Proceso de elaboración y características de la Escala TSO 22
3.3. Ámbito geográfico y participantes 23
3.4. Instrumento 24
3.5. Procedimiento y garantías éticas 24

4. Validez y fiabilidad de la escala 26
4.1. Validez de la Escala TSO 26
4.1.1. Validez de contenido 26
4.1.2. Validez de criterio concurrente 27
4.1.3. Validez de constructo (convergente y divergente) 28
4.1.4. Validez discriminante 29
4.2. Fiabilidad de la Escala TSO 30

5. Normas de aplicación 31
5.1. Criterios genéricos de valoración 31
5.2. Procedimiento de aplicación 32

6. Normas de interpretación 34
6.1. Puntos de corte 34
6.2. Percentiles 35
6.3. Puntuaciones tipificadas 37

7. Recomendaciones para la intervención profesional basadas en los resultados de la escala TSO 39
7.1. Recomendaciones para la intervención con el grupo con «Ausencia de riesgo social» 41
7.2. Recomendaciones para la intervención con el grupo con «Riesgo de problema social» 41
7.3. Recomendaciones para la intervención con el grupo con «Problema social» 42

8. Bibliografía 44

Anexo 1. Escala TSO 48

Anexo 2. Escala TSO: plantilla de análisis del cambio (perspectiva longitudinal) 50

Anexo 3. Glosario con definiciones y criterios específicos por indicadores 51

Anexo 4. Preguntas frecuentes (FAQ) 70

Anexo 5. Instrumentos complementarios en la medición del funcionamiento social 74

Introducción

España es y será en el futuro próximo un estado envejecido. En el año 2015, casi 1 de cada 5 personas era mayor de 65 años y las previsiones del Instituto Nacional de Estadística (INE) indican que en 2029 serán 1 de cada 4 y en 2064 más de 1 de cada 3.

Asimismo, los datos oficiales sobre el perfil de las personas que utilizan los Servicios de Atención Primaria de los Servicios Sociales y de los Servicios Sanitarios indican que las personas de más de 65 años representan el grupo poblacional que más frecuenta estos servicios.

En estos contextos, caracterizados por la elevada presión asistencial y las listas de espera, las trabajadoras y los trabajadores sociales necesitan contar con instrumentos objetivos, válidos y fiables que les permitan priorizar las intervenciones con la población con la que trabajan y que también los orienten sobre las áreas clave por las que iniciar su acción profesional.

En este trabajo presentamos los principales resultados del proyecto de actualización, mejora y validación de la Escala de Valoración Sociofamiliar, versión TSO (en adelante, Escala TSO) (Guinovart, Rovira y Rufí, 2011) para su uso en Trabajo Social, un instrumento diseñado para estimar el grado de riesgo social en población de 65 o más años en contextos sociosanitarios comunitarios.

El proyecto ha sido desarrollado por profesionales del Trabajo Social de servicios sociales y sanitarios y de la universidad. Su objetivo general ha consistido en elaborar una versión mejorada y actualizada de la Escala TSO, en castellano y en catalán, que tuviera todas las características metodológicas exigibles para convertirse en un instrumento válido y fiable de práctica habitual de las trabajadoras y los trabajadores sociales en la intervención con población geriátrica. En este documento presentamos la versión en español.

Los contenidos de esta publicación están estructurados de la manera siguiente:

- En primer lugar, se describen de manera sintética las principales características de la Escala TSO, a través de su ficha técnica.

- En segundo lugar, se presentan los fundamentos teóricos y empíricos en los que se basa el instrumento. Los primeros corresponden a una síntesis de los principales contenidos del marco teórico de la investigación, desarrollado en torno al concepto de necesidad social, en particular en personas mayores, y a su medición. La fundamentación empírica corresponde a una síntesis de los principales hallazgos del estado de la cuestión que sustenta la investigación, en torno al desarrollo y uso de la Escala de Valoración Sociofamiliar (EVSF).
- En tercer lugar, se describe el proceso metodológico seguido para el diseño y validación empírica de la Escala TSO.
- En cuarto lugar, se muestran las evidencias empíricas de validez y fiabilidad de la Escala TSO, procedentes del análisis cuantitativo de los datos obtenidos.
- En quinto lugar, se presentan las normas de aplicación del instrumento (criterios de valoración y procedimiento de aplicación), así como las normas de interpretación de los resultados obtenidos tras su aplicación, tanto en términos absolutos (puntos de corte), como relativos (percentiles y puntuaciones tipificadas).
- En sexto lugar, se establece un vínculo entre las evidencias empíricas obtenidas, procedentes del análisis de conglomerados de *k* medias y del análisis discriminante, y la intervención profesional, recomendando actuaciones para la tipología de grupos de población que sugieren los resultados de la Escala TSO, según su nivel de riesgo social.
- El trabajo se completa con la relación de referencias bibliográficas utilizadas.
- Finalmente, se incluyen varios anexos, pensados para su uso aplicado en los procesos de valoración y diagnóstico: (1) la plantilla con la Escala TSO; (2) una plantilla para el análisis longitudinal del cambio basado en los resultados de la Escala TSO; (3) un glosario con las definiciones de los principales términos utilizados en la Escala y con criterios específicos de aplicación por indicadores; (4) un documento con respuestas a las preguntas y dudas profesionales más frecuentes, elaborado a partir del análisis cualitativo de las observaciones realizadas por el personal profesional participante, recogidas mediante preguntas abiertas en el instrumento de recogida de datos en las dos mediciones realizadas (test-retest); (5) un inventario de instrumentos complementarios que pueden ser utilizados para profundizar en la medición de aspectos específicos de la función social en personas mayores.

En conclusión, se presenta un instrumento de medición del riesgo social para uso en la práctica profesional del Trabajo Social con población mayor, desarrollado mediante un proceso de investigación riguroso y acerca del cual se han obtenido evidencias empíricas robustas de su validez y fiabilidad.

1. Descripción de la escala

1.1. Ficha técnica

Denominación	Escala de Valoración Sociofamiliar, versión TSO (Escala TSO).
Número de versión e idioma	Versión 1. Castellano, español
Autoría	Giménez-Bertomeu, Víctor M. Guinovart-Garriga, Carme Rovira-Soler, Eva Viñas-Segalés, Núria
Objetivo	Evaluar de manera fiable y objetiva el grado de riesgo social de la situación de una persona mayor.
Destinatarios	Personas de 65 años o más no institucionalizadas que residen de forma habitual en un entorno comunitario.
Personas que cumplimentan la escala	Profesionales: trabajadoras y trabajadores sociales de los Servicios Sociales de Atención Primaria y de los Servicios Sanitarios.
Alcance y administración	Individual
Duración	2 minutos
Validación	Grupo de Investigación sobre Trabajo Social y Servicios Sociales. Universidad de Alicante. Grupo Osona.
Utilidad	Identificar el grado de riesgo social (alcance e intensidad) de una persona para para el triaje de casos, para la priorización de casos y/o para el diseño de planes individualizados de intervención. Proporcionar una medida fiable para el seguimiento de la situación de la persona mayor y la evaluación de los resultados de los planes de intervención.
Baremación	Puntuaciones directas, percentiles y puntuaciones estándar (M=0; DT=1).
Material	Manual y escala
Logos identificativos	EVSF TSO ESCALA DE VALORACIÓN SOCIO-FAMILIAR EVSF TSO

1.2. Objetivo, destinatarios, utilidades y enfoque

La Escala permite realizar una primera mirada estructurada, rápida y sencilla, a la situación de una persona mayor en un momento temporal concreto, que incluye como indicadores[1] las variables que se han comprobado que son clave en la *literatura científica* para hacer la valoración social y establecer el grado de riesgo social de las personas mayores y los planes de trabajo que se derivan y, además, incorpora un proceso de reflexión derivado de *la práctica* de profesionales sociales expertas en este ámbito y en nuestro contexto sociocultural.

La Escala tiene como OBJETIVO permitir al o a la profesional *medir de manera fiable y objetiva el grado de riesgo social de la situación de una persona mayor* en un momento temporal concreto, en términos de alcance (indicadores afectados) e intensidad (riesgo por indicador y riesgo global), mediante una primera y breve mirada estructurada a su situación social.

Los DESTINATARIOS de la Escala son *personas de 65 años o más no institucionalizadas q*ue residen de forma habitual en un entorno comunitario. Se trata, pues, de un instrumento de evaluación de situaciones individuales.

Sus UTILIDADES principales en la práctica diaria, desde el punto de vista sincrónico, pueden ser tanto de *triaje de casos*, de *priorización de casos e intervenciones poblacionales* o de *establecimiento de planes de trabajo*, priorizando intervenciones en los indicadores definitorios del riesgo para cada caso concreto. Además, desde el punto de vista diacrónico, si es aplicada en repetidas ocasiones al mismo caso, proporciona una medida fiable para el *seguimiento de la situación de la persona mayor* y la *evaluación de los resultados* de los planes de intervención.

La Escala ofrece a las y los profesionales un ENFOQUE DE TRABAJO basado en dos aspectos centrales:

1. La *valoración* de necesidades se hace desde la *perspectiva geriátrica*. La Escala parte de una reelaboración de escalas que han sido pensadas y utilizadas en la valoración geriátrica. Esto hace que recoja aspectos relevantes considerados como factores de riesgo y de protección clásicos en Geriatría (convivencia *versus* vivir sola/o, aislamiento *versus* contactos sociales frecuentes, etc.).
2. En relación al *diagnóstico social*, la Escala ofrece una *primera aproximación* sencilla, breve y rápida, a las necesidades de la persona, orientan en qué áreas y, si hace falta, permite una valoración complementaria en profundidad.

1. La bibliografía y las y los profesionales se refieren a la estructura de la Escala utilizando habitualmente el término «dimensiones». Sin embargo, realmente no son dimensiones sino indicadores.

La Escala permite visualizar los indicadores que implican un «problema», los descriptores concretos que los caracterizan, su magnitud o intensidad y el peso de cada indicador en el riesgo social global de una persona. Cada uno de ellos puede ser objeto de evaluaciones más profundas para completar el diagnóstico social y para diseñar un plan de trabajo más amplio. En los anexos se recogen los instrumentos con los cuales se puede profundizar en el diagnóstico o la valoración de cada indicador (denominación de los diversos instrumentos y referencia bibliográfica de su versión validada en castellano).

1.3. Estructura de la Escala

La Escala se estructura en tres niveles: indicadores, ítems y descriptores.

a. *Indicadores*

El indicador corresponde a una determinada área de elementos definitorios de necesidades básicas de las personas mayores que son habituales en los procesos de intervención del Trabajo Social.

La Escala está estructurada en cinco indicadores:

- I1. Estructura y función familiar.
- I2. Contactos sociales.
- I3. Ayuda necesitada y recibida de la red de recursos formales y/o informales en las actividades de la vida diaria (AVD).
- I4. Ingresos económicos.
- I5. Vivienda.

b. *Ítems*

Cada indicador contiene cinco ítems y cada ítem tiene uno o más descriptores de situaciones que se pueden encontrar en la valoración del indicador correspondiente.

Los ítems están puntuados del 1 al 5 en función de la gravedad del riesgo. Cuanto más alta es la puntuación, la situación descrita está asociada a un riesgo mayor.

c. *Descriptores*

Los descriptores son la relación de evidencias empíricas o datos concretos que describen la situación social de la persona que se está valorando, y están agrupados en diferentes ítems en función de un determinado nivel de riesgo.

A continuación, ofrecemos como ejemplo la estructura del indicador I1-Estructura y función familiar:

Tabla 1. Ejemplo de estructura del indicador I1-Estructura y función familiar

Indicador	Ítems (puntuación)	Descriptores
Estructura y función familiar	1	**Vive en pareja y/o familia** y hay hijos/as u otros familiares que ayudan.
	2	**Vive en pareja y/o familia** de edad similar, haya o no hijos/as u otros familiares que ayuden.
	3	**Vive en pareja y/o familia** con dificultades de capacidad y/o disponibilidad y/o disposición para cuidarlo/a y/o que presta cuidados de larga duración. **Vive solo/a** y hay hijos/as u otros familiares que ayudan.
	4	**Vive solo/a** y hay hijos/as u otros familiares con dificultades de capacidad y/o disponibilidad y/o disposición para cuidarlo/a.
	5	**Vive solo/a** con familia distante (físicamente o afectivamente) o no hay familiares ni cuidadores/as. **Falta de cuidados,** con o sin convivencia con los familiares.

2. Fundamentos de la escala[2]

En España, según el Instituto Nacional de Estadística (INE), la población mayor de 65 años representa el 19% de la población en 2015 (INE, 2015; Abellán y Pujol, 2016) y las proyecciones indican que será el 25% en 2029 y el 39% en 2064 (INE, 2014). Esta situación se refleja en el uso de los servicios sociales y sanitarios por la población mayor. En el nivel primario, las personas mayores de 65 años suponen el 40% de las personas usuarias de los Servicios Sociales (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012) y las que más frecuentan los Servicios Sanitarios (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013). La población mayor es, además, un colectivo especialmente vulnerable, cuyos factores de vulnerabilidad son la edad, la salud, la situación socioeconómica, la discapacidad y el debilitamiento de las relaciones (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015).

De este modo, las y los profesionales necesitan instrumentos válidos y fiables para orientar/priorizar las intervenciones con la población mayor, que se sustenten en un marco teórico consistente que asegure la incorporación del conocimiento existente sobre el colectivo/fenómeno al que quieran dirigir su acción, así como en una fundamentación empírica derivada de la revisión de resultados de la experiencia de uso de los instrumentos desarrollados y aplicados previamente en el mismo.

2.1. Las necesidades sociales de las personas mayores y su medición

Las definiciones de *necesidad social*, habitualmente muy generalistas, se relacionan con estados de carencia de aquello que se considera útil y necesario

2. Este apartado es una versión modificada y ampliada de la comunicación: Giménez-Bertomeu, V.M., Guinovart-Garriga, C., Rovira-Soler, E., Viñas-Segalés, N. y Rufí-Vilà, A. (2017). La Escala de Valoración Sociofamiliar, versión TSO (EVSF– TSO): actualización, mejora y validación del instrumento para estimar el riesgo social en población anciana desde el Trabajo Social en servicios sociales y sanitarios. En A.I. Lima Fernández, E. Pastor Seller y C. Verde Diego (Coords.), *Comunidades sostenibles: dilemas y retos desde el trabajo social.* Cizur Menor (Navarra): Thomson Reuters Aranzadi.

para el desarrollo personal y la integración social en una sociedad concreta (Ballester, 1988; Reglero, 2004).

Para categorizar y operacionalizar las necesidades en este trabajo se ha utilizado la clasificación que recoge el artículo 3.2 de la Ley 12/2007 de Servicios Sociales de Cataluña. Éste plantea tres grandes ámbitos de necesidades: las que repercuten en la autonomía personal y soporte a la dependencia, las que lo hacen en las relaciones personales y sociales y las que repercuten en los aspectos personales básicos propios de la subsistencia y de la calidad de vida.

Las necesidades de las personas mayores están fuertemente caracterizadas por el ámbito de necesidad de la autonomía personal, ya que en este momento del ciclo vital una parte importante de sus dificultades derivan del envejecimiento y de sus consecuencias. Las necesidades relacionales y sociales a menudo se ven alteradas por las dinámicas cambiantes que generan los procesos de atención y cuidados que precisan las y los mayores, que a su vez también acaban relacionándose con las necesidades materiales e instrumentales (subsistencia) en un grupo poblacional con ingresos reducidos, viviendas con barreras, etc.

Por lo que respecta a la *medición de las necesidades*, en el caso de la población anciana el instrumento del que la Geriatría se ha dotado para contar con una valoración y un plan de atención integral de las necesidades del anciano es la Valoración Geriátrica Integral (VGI). Ésta se define como un método diagnóstico multidimensional, diseñado para identificar, describir y cuantificar las capacidades y los problemas físicos, funcionales, mentales y sociales de una persona mayor, estructurado en 4 dimensiones (Dóriga y Guillen, 1998; SEGG, 2015): valoración clínica, valoración funcional, valoración mental, valoración social. Este abordaje bio-psico-social de los problemas de las y los mayores y la sistematización de su valoración ha demostrado su eficacia en términos de resultados clínicos y uso de recursos (Rubenstein, Stuk, Siu & Wieland, 1991; Suck, Siu, Wieland & Rubesntein, 1993).

El desarrollo y uso sistemático de instrumentos de medida (escalas) en cada dimensión de la VGI ha constituido uno de los rasgos definitorios de la misma, aportando elementos de valor respecto a una valoración clínica estándar. Así, está bien descrita su utilidad tanto en su vertiente de práctica directa (valoración, descripción, *screening*, monitorización y seguimiento de la intervención, predicción y evaluación), como en su vertiente indirecta y de investigación, a partir del uso de datos agregados con finalidades similares a las comentadas (Vonk, Tripodi, & Epsein, 1980).

2.2. La medición de las necesidades sociales en Geriatría

La función social es una de las dimensiones de la VGI. Se trata de un concepto complejo y multidimensional que plantea dificultades metodológicas para su medición (Kane & Kane, 1993, 2000; Kane, 2006):

- Por un lado, las derivadas de su propia definición, ya que es un concepto tan amplio que incluye todas las relaciones y actividades de las personas interaccionando en familia y comunidad y que tienen lugar en la sociedad (Kane &Kane, 1993).
- Por otro lado, la inexistencia de un patrón de referencia (*gold standard*) para evaluarla (Levin, 2000), por ser un constructo sujeto a condiciones cambiantes según cultura, valores personales, roles, etc.

Así, la estandarización y el desarrollo de instrumentos del área de la función social ha sido más tardío que en otras áreas de la VGI, aspecto atribuible tanto a las razones mencionadas como también a cierta resistencia en su utilización por parte de las/os propias/os trabajadoras/es sociales, al percibir que la «simplificación» de la información que aporta la aplicación de instrumentos no recoge la globalidad de la situación que se atiende (Kane & Kane, 1993).

En 1994, las conclusiones de la *International Conference: Geriatric Assessment Technology,* celebrada en Florencia, hacen una aportación importantísima al establecer una propuesta consensuada sobre las seis dimensiones que deberían de constituir la valoración de la función social: redes sociales, apoyo social, sobrecarga del cuidador, recursos sociales, bienestar subjetivo y satisfacción, valores y creencias (Kane, 1995). Las mismas conclusiones apuntan a la necesidad de valorar y medir de forma sistemática algunos aspectos de la función social para incrementar el conocimiento y las habilidades clínicas en la intervención en la misma.

Desde entonces, autores de referencia en el ámbito de la Geriatría (Lubben, 2006) insisten en la necesidad de contar con instrumentos breves de medida de la función social que tengan las propiedades psicométricas básicas, para asegurar su utilización en las prácticas profesionales cotidianas: ser válidos y fiables (Rubin & Babbie, 1989; Corcoran & Fisher, 1987).

Una de las conceptualizaciones recientes de los ámbitos y contenidos del funcionamiento social es la que propone Kane (2010) en el manual clásico de Geriatría estadounidense (*Brocklehurst's Textbook of Geriatric Medecine and Gerontoloy*). En ella, la autora hace una propuesta de seis grandes ámbitos y desarrolla detalladamente las variables que deberían contener. Es bastante contundente defendiendo que las dimensiones de la valoración social relevantes en la atención geriátrica son pocas.

Propone los siguientes ámbitos y variables clave en cada uno de ellos:

1. *Relaciones, actividades y recursos sociales*. Incluye:
   a. Red social. Es la red de relaciones social y contactos que un individuo puede tener. La red es el vehículo potencial por el apoyo social. Las redes sociales pueden ser descritas en términos objetivos en relación a su tamaño, densidad, homogeneidad, multiplicidad, frecuencia e intensidad de los contactos, permeabilidad y direccionalidad. La autora remarca que para la valoración de la red social en la población geriátrica las variables de más interés son la frecuencia y la naturaleza de los contactos humanos a lo largo de un periodo concreto de tiempo (un día, una semana, un mes). Se incluyen contactos telefónicos o por correo electrónico con varias categorías de personas con trato informal (hijos adultos, otros parientes, amigos, otros). Asimismo, enfatiza la importancia de utilizar tanto como sea posible parámetros contables/cuantificables sobre los contactos (por ejemplo: frecuentemente, ocasionalmente, raramente, nunca o más /menos de una vez en la semana o similar).
   b. Actividades sociales. Menciona que las variables de interés en población mayor son la frecuencia, la naturaleza y la calidad de dichas actividades.
   c. Recursos sociales. Sugiere medir esta dimensión haciendo preguntas planificadas y consistentes en lugar de aplicando escalas. Las preguntas tendrían que estar dirigidas a obtener información relativa a los aspectos siguientes: ingresos de los hogares y los activos; ingresos y activos de la persona mayor con necesidad de atención; composición del hogar (núcleo convivencia); naturaleza y adecuación de la vivienda; acceso al coche y al transporte; cobertura por seguros/status específico por discapacidad; ocupación actual y anterior, e intereses.

2. *Apoyo social.* Tiene relación con el grado en que las necesidades de la persona mayor se cubren adecuadamente. Define el apoyo social como la asistencia positiva tangible e intangible provista por la red social. Los tipos de apoyo que proveen las redes son diversos: apoyo informativo (hechos, consejos), apoyo afectivo (confort, ánimos y estima) y/o apoyo instrumental/estimulación (compañía, ayudas tangibles como dinero o asistencia física). La autora sugiere que, si una persona mayor ya requiere cobertura de necesidades tangibles con ayuda física por parte de otras personas en el momento de iniciar una valoración, una forma de estimar estas necesidades es tabular directamente el tipo de apoyo y la frecuencia con que lo recibe. También hacer prospección respecto a la probabilidad de poder continuar

recibiéndolo en el futuro y las opciones de reemplazo de la persona que lo provee, si ésta no puede continuar haciéndolo.

3. *Bienestar subjetivo.* Señala que hay escalas de medición de la satisfacción genérica, pero a veces se adaptan poco a la valoración de la satisfacción sobre programas de ayuda concretos.

4. *Carga/estrés de la persona cuidadora. Bienestar de la persona cuidadora.* Evaluar el bienestar del cuidador es importante para estimar cuánto tiempo puede esperar que se continúe ofreciendo el cuidado y para estimar las necesidades legítimas de alivio de la carga de la persona cuidadora. La valoración del equilibrio entre carga/estrés y efectos positivos del cuidado tendría que formar parte de la valoración global de la persona mayor. Kane (2010) sugiere completar la información de una escala con información sobre las obligaciones de las personas cuidadoras (cuidado de la propia progenie, obligaciones laborales, cuidado de otras personas grandes o discapacitadas, etc.).

5. *Autonomía personal, preferencias y valores*. Se ha desarrollado en relación tanto a aspectos legales como en relación a los tratamientos de mantenimiento de la vida. Hay sido propuestas varias formas de medición, pero es un ámbito muy dificultoso de sistematizar y evaluar. Una manera de abordarlo es hacer preguntas en relación a evaluar la importancia de una serie rutinas diarias, tomar riesgos /sentirse protegido, cualidades deseadas de una persona cuidadora, cualidades del lugar donde se desea vivir, etc. Kane (2010) considera que este ámbito se tiene que constituir en un espacio de reestructuración de nuevos encuentros entre profesionales del Trabajo Social y personas mayores.

6. *Satisfacción con el cuidado/atención recibido/a*. Aunque existen maneras de evaluar la calidad técnica de los procedimientos de atención y cuidado, hay mucho interés en encontrar modos fiables de evaluar la perspectiva de las personas afectadas. Los estudios cualitativos revisados por Kane (2010) apuntan a que los elementos de la buena atención a personas mayores son: el humanismo (personas cuidadoras que son agradables, simpáticas, corteses, atentas); la competencia, la confianza y la continuidad en las personas cuidadoras (si los dos previos se cumplen); y la adecuación, en términos de nivel de ayuda y elección del tipo y horario de la ayuda recibida. Para la autora, la satisfacción se debe entender como una medida de la experiencia de las personas, mediatizada por las propias expectativas.

La autora identifica también nuevas áreas emergentes en la valoración social de las personas mayores:

- *Medidas de los entornos de la vivienda y de la satisfacción con la vivienda*. La evaluación de los entornos físicos de las personas mayores es un área de creciente interés y complicada de medir puesto que ha recoger las características propias del entorno, el efecto de interacción de estas características con sus usuarias/os y el resultado de esta interacción. Se han desarrollado instrumentos diversos basados en modelos o aproximaciones teóricas o dirigidos a ámbitos concretos (modelo de diseño universal, modelo ecológico, etc.), pero la dificultad para su estandarización es muy grande, considerando la dificultad para definir consistentemente cuáles deben ser los estándares de la vivienda de las personas mayores.
- *Valoración del apoyo formal en forma de ayuda recibida por los servicios de salud y sociales*. Kane (2010) recomienda la utilidad de dividir el «apoyo formal» en los tipos de tareas como: sanitarias (ayuda con la medicación, o procedimientos); de atención personal (como bañar, higiene, comida, movilizarse, transferencias); domésticas (lavar ropa, cocinar, limpiar); ayuda en el transporte; ayuda en los asuntos personales (banco, etc.); ayuda en la organización de servicios. La evaluación normalmente tendría que incluir indicadores de frecuencia (días/visitas por mes, semana, día) e intensidad (total de horas de ayuda de cada tipo en un periodo de tiempo determinado).
- *Valoración de las tareas específicas que hacen las personas cuidadoras de la familia*. Sólo comparando la ayuda formal e informal recibida se puede hacer una estimación de las necesidades no cubiertas o insatisfechas (Cordingley, Hughes & Challis, 2001). Este es el ámbito donde habitualmente se dirigen los planes de intervención profesional del Trabajo Social.
- *Valoración del bienestar social atendiendo a las variaciones culturales.*

Uno de los aspectos en que Rosaline Kane (2010) hace más énfasis es en la importancia de recoger el contenido básico de la valoración social (ella lo denomina «lista corta»), como se hace con muchos instrumentos multidimensionales, aspecto que ha sido tenido en cuenta en esta investigación. La recomendación que realiza sobre la «Lista Básica» de variables para la valoración de la función social es la siguiente:

1. *Datos básicos de la persona*: estado civil, composición del hogar, situación de la vivienda, ingresos.
2. *Valoración de la función social* en términos de gama de actividades sociales y de relaciones sociales de la persona, ayuda disponible para/o utilizada por la persona, existencia de un confidente y satisfacción subjetiva de la persona con las interacciones sociales.

3. *Ayuda que la persona mayor está recibiendo*: de miembros de su familia y amigos, de programas sociales, de personas cuidadoras privadas pagados directamente por la persona mayor o por su familia.

2.3. La Escala de Valoración Sociofamiliar (EVSF)

Los primeros instrumentos que valoraban la función social en geriatría se crearon en los años 70 del siglo XX en contextos anglosajones. Sus traducciones validadas al castellano no aparecen hasta los años 90 del mismo siglo, cuando prácticamente está emergiendo la atención geriátrica especializada en España. Ésta ha incorporado ya los instrumentos básicos de valoración clínica funcional y mental, pero no los de valoración social (se realizan con entrevistan semiestructuradas o con preguntas sobre los ámbitos de interés).

En este contexto, Elena Díaz Palacios, trabajadora social de un centro de salud de Gijón publica en 1993, en la *Revista de Trabajo Social y Salud,* una propuesta de escala de valoración social estructurada en 5 dimensiones (Situación familiar, Situación económica, Vivienda, Apoyos de la red social y Relaciones sociales) (Díaz, Domínguez y Toyos, 1993), dirigida a valorar las necesidades sociales de las personas ancianas. La publicación posterior del artículo en la *Revista Española de Geriatría* (Díaz, Domínguez y Toyos, 1994) hace que su difusión en los ámbitos de atención geriátrica en España sea importantísima y que los equipos la incorporen para la sistematización y valoración de las necesidades sociales de las personas mayores, habida cuenta que los instrumentos anglosajones traducidos son poco operativos por su extensión y falta de adaptación al contexto español.

La revisión bibliográfica realizada para establecer el estado de la cuestión en torno a este instrumento muestra que entre 1993 y 2015 se publican 22 trabajos sobre la escala y sus versiones. Las principales conclusiones de su análisis son las siguientes:

- La escala original nació por iniciativa de trabajadoras sociales y el único trabajo de validación completo (validez y fiabilidad) también lo llevan a cabo trabajadoras sociales, conjuntamente con un técnico del área de salud de su zona de trabajo (García González *et. al.,* 1999).
- Hay al menos 7 versiones diferentes de la escala original, una de ellas en portugués.
- Sólo podrían considerarse versiones validadas de la original la publicada por García González *et al.,* (1999), en castellano, y la de Mourão (2008), en portugués.
- Hay trabajos que indican realizar un «estudio de validación», de la escala, pero es incompleto, puesto que en realidad sólo se estudia su capacidad

predictiva frente a diferentes fenómenos (validez de criterio predictiva o validez de predicción), sin estudiar su fiabilidad.

- La versión más utilizada es la validada (García González et. al., 1999), conocida popularmente como «Escala de Gijón». Su difusión es amplia, especialmente entre los equipos de salud, y es utilizada tanto por profesionales sociales como por sanitarios o conjuntamente. Es la versión que facilitan los manuales de escalas recomendadas de valoración geriátrica de las Consejerías de Salud de muchas comunidades autónomas y también está incluida en los sistemas de información de las mismas (por ejemplo, el del Instituto Catalán de la Salud en Cataluña o el de la Consejería de Sanidad de la Comunidad Valenciana).
- En el estudio de validación de la versión original, los autores no concretan los puntos de corte, sino que exponen una doble propuesta en función de la agrupación de los datos de sensibilidad y especificidad que se manejen. Exponen que en el área de la valoración del riesgo social es mejor tener más falsos positivos que dejar de detectar situaciones (falsos negativos).
- Los puntos de corte que más se utilizan son los propuestos en la primera versión de la escala (Díaz, Domínguez y Toyos, 1993, 1994).
- Problemas y dificultades que se constatan:
    - El gran número de versiones y adaptaciones surgidas hace pensar que los equipos que la utilizan no acaban de encontrar un ajuste claro entre la escala y las necesidades que detectan.
    - Dificultades de comparación de los resultados, porque aun utilizando la misma versión, no siempre se presentan los datos siguiendo los puntos de corte establecidos, definen el riesgo a partir de un determinado punto de corte, que no se corresponde con los habitualmente utilizados o corresponden a muestras poblacionales de características diferentes.

La versión de la que ha partido esta investigación ha sido la propuesta por Guinovart, Rovira y Rufí (2011). En su trabajo, las autoras testan la validez de contenido y de criterio de una nueva versión adaptada y actualizada de la escala, a la que denominan «Escala de Gijón-TSO», a partir de una revisión de las versiones publicadas de la Escala de Gijón, y de la selección y adaptación de los descriptores mediante juicio de expertas (consenso de un grupo de trabajadoras sociales del ámbito de servicios sociales primarios y de salud), incorporando asimismo elementos procedentes de la revisión de la casuística de casos reales.

3. Proceso de desarrollo y validación de la escala[3]

El projecto «Estudio de validez y fiabilidad de la versión revisada de la Escala de Valoració Sociofamiliar-TSO (Escala TSO) para su uso en Trabajo Social» se inicia en junio de 2013, partiendo de una investigación previa galardonada en 2011 con el V Premio de Investigación en Trabajo Social «Dolors Arteman», del Colegio Oficial de Trabajo Social de Cataluña (Guinovart, Rovira y Rufí, 2011).

El nuevo proyecto fue promovido conjuntamente por la Universidad de Alicante (Víctor M. Giménez Bertomeu, Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales) y por trabajadoras sociales en activo de la comarca de Osona (Barcelona): Carme Guinovart Garriga, Hospital de la Santa Creu de Vic; Eva Rovira Soler, Ajuntament de Centelles; y Núria Viñas Segalés, Consell Comarcal d'Osona.

3.1. Objetivos y resultados esperados

El objetivo general del proyecto fue elaborar una versión mejorada de la Escala TSO, en castellano y en catalán, que tuviera todas las características metodológicas exigibles para convertirse en un instrumento válido y fiable de práctica habitual para los/as trabajadores/as sociales en la intervención con población geriátrica.

Como resultados esperados de este proyecto de investigación, se pretendía mejorar la atención profesional a la población mayor y también contribuir a la mejora de sus condiciones de vida, por dos vías:

3. Este apartado es una versión modificada y ampliada de la comunicación: Giménez-Bertomeu, V.M., Guinovart-Garriga, C., Rovira-Soler, E., Viñas-Segalés, N. y Rufí-Vilà, A. (2017). La Escala de Valoración Sociofamiliar, versión TSO (EVSF– TSO): actualización, mejora y validación del instrumento para estimar el riesgo social en población anciana desde el Trabajo Social en servicios sociales y sanitarios. En A.I. Lima Fernández, E. Pastor Seller y C. Verde Diego (Coords.), *Comunidades sostenibles: dilemas y retos desde el trabajo social.* Cizur Menor (Navarra): Thomson Reuters Aranzadi.

a) Desde el punto de vista del diagnóstico: generando la Escala TSO como instrumento válido y fiable que aporte información al o la profesional:
   - Para estimar el riesgo social en población geriátrica.
   - Para jerarquizar las intervenciones.

b) Desde el punto de vista de la intervención del Trabajo Social: aportando al o la profesional orientaciones o recomendaciones de intervención en función del riesgo social, que incluyan:
   - Áreas de intervención.
   - Prioridades de intervención.
   - Tipología de intervenciones profesionales necesarias.
   - Tipología de recursos necesarios.

3.2. Proceso de elaboración y características de la Escala TSO

Para el desarrollo de la Escala:

- Se partió de la versión de Guinovart, Rovira y Rufí (2011), en lengua catalana.
- Esta versión se revisó y actualizó a partir de la revisión teórica sobre las necesidades de la población geriátrica y su medición y de la revisión de las diferentes versiones de la EVSF publicadas y de sus resultados
- También se revisaron y actualizaron la Escala y sus descriptores desde el punto de vista semántico, incorporando los aprendizajes obtenidos de la experiencia acumulada en el uso de la versión anterior de la que se partía.
- Por último, mediante un proceso de traducción y retrotraducción, se generó la versión catalana definitiva (con apoyo del Consorcio de Normalización Lingüística de Cataluña y del Servicio de Lenguas y Cultura de la Universidad de Alicante), y de ésta, la versión en castellano.

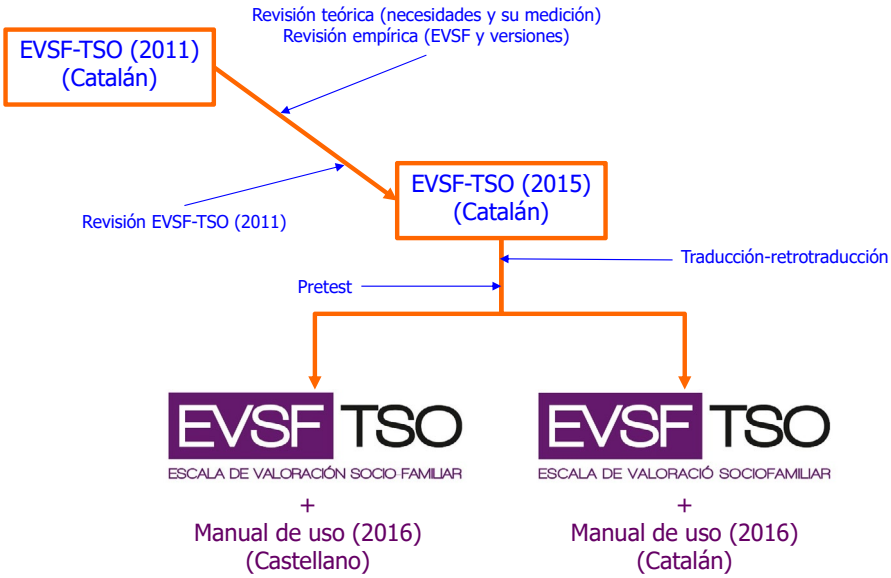
Como resultado, se realizaron dos nuevas versiones de la Escala, revisadas y actualizadas: la Escala TSO, en lengua catalana, y la Escala TSO, en lengua castellana.

Por último, se realizó un pretest de ambas versiones a partir de casos reales atendidos por las profesionales participantes en el proyecto. Como resultado, se introdujeron cambios menores en la redacción de los descriptores.

Para cada versión de la Escala, se elaboró un Manual de uso que incluía: características de la Escala; criterios genéricos de valoración; procedimiento de uso; definición de dimensiones, conceptos y descriptores; e instrucciones para la valoración y el registro.

El proceso completo de elaboración de la Escala se sintetiza en la figura siguiente:

Ilustración 1. Proceso de elaboración de la Escala TSO en las versiones en castellano y catalán



Fuente: elaboración propia.

3.3. Ámbito geográfico y participantes

El ámbito geográfico de la investigación comprendió las provincias de Alicante y Barcelona.

Las personas participantes fueron profesionales y personas usuarias de los servicios donde trabajaban las y los profesionales:

- La selección de profesionales se realizó mediante un muestreo no probabilístico intencional o estratégico entre las personas interesadas en participar que trabajaran con población anciana (personas de 65 o más años), en los Servicios Sociales de las entidades locales o en los Servicios Sanitarios de Atención Primaria o de Atención Especializada (hospitales) y que tuvieran ordenador y acceso a Internet en su trabajo. Se emplearon dos variables de estratificación (tipo de municipio y contexto institucional de intervención), asignando un tamaño equivalente a cada estrato en la muestra total (afijación simple).
- La selección de personas usuarias (casos) la hicieron las y los profesionales mediante un muestreo aleatorio no probabilístico intencional o estratégico entre las últimas 15 personas mayores atendidas antes de la fecha de inicio de la primera recogida de datos, que tuvieran 65 o más años y de las cuales el o la profesional contara con toda la información necesaria para cumplimentar la Escala.

Para la validación de la versión en castellano, las y los profesionales que aportaron los casos válidos fueron 37 trabajadoras/es sociales de las provincias de Alicante (38%) y Barcelona (62%) que trabajaban con población anciana (personas de 65 o más años) en los Servicios Sociales de las entidades locales (46%) o en los Servicios Sanitarios de Atención Primaria (35%) o de Atención Especializada (hospitales) (19%). La mayoría fueron mujeres (92%) y tenían entre 27 y 56 años. Su experiencia laboral como trabajadoras/es sociales era de 15 años como mediana (Rango: 34) y de 12 años trabajando con personas de 65 años o más (Rango: 27).

Las personas usuarias de 65 o más años fueron 519, la mayoría mujeres (67%). Sus edades oscilaban entre los 65 y los 100 años, y más de un tercio de ellas residían bien en municipios de menos de 5.000 habitantes, bien en municipios de 5.000 a 20.000 habitantes, y menos de un tercio del total en municipios de más de 20.000. El 65% vivían solas. En cuanto a la procedencia de los casos válidos, el 55% fueron aportados por profesionales de los Servicios Sanitarios y el 45% por los Servicios Sociales.

3.4. Instrumento

La recogida de datos se ha realizado mediante un formulario electrónico que cumplimentaron las y los profesionales participantes. Fue elaborado con la aplicación *Cuestionarios 2.0* de la Universidad de Alicante y estructuraba las variables de estudio en cuatro áreas:

- (1) Datos de la persona evaluadora y del caso.
- (2) Criterio clínico o valoración profesional global.
- (3) Criterio clínico o valoración profesional específica por cada indicador.
- (4) EVSF-TSO.

En las dos mediciones que se realizaron durante el proceso de validación empírica (test-retest), el formulario completo se cumplimentó en 4 minutos y 32 segundos como mediana (Rango: 1:16:13). La duración de la cumplimentación de la Escala TSO exclusivamente fue de 1 minutos y 51 segundos como mediana (Rango: 0:15:35).

3.5. Procedimiento y garantías éticas

Para la selección de participantes y de casos, y para la recogida de datos, se siguió un procedimiento riguroso y sistemático. En primer lugar, en septiembre de 2015 el equipo investigador envió una carta a profesionales de las provincias de Alicante y Barcelona con el perfil previsto en la investigación explicando los objetivos del estudio y solicitándoles su participación rellenando un formulario electrónico. En segundo lugar, en enero de 2016 se

envió una segunda carta para confirmar la selección de participantes y para avanzar algunos aspectos del contenido de su participación y la fecha prevista para la sesión de formación previa a la recogida de datos. En tercer lugar, en febrero del 2016, se hizo la convocatoria a profesionales a las sesiones de formación sobre la Escala y el procedimiento de uso e introducción de datos. Por último, se enviaron sendas convocatorias de inicio de la recogida de datos en cada una de las dos mediciones previstas, con los recordatorios posteriores correspondientes. Todas estas comunicaciones se hicieron mediante el correo electrónico.

La recogida de datos tuvo lugar en dos momentos:

- Primera medición: del 29 de febrero al 20 de marzo de 2016.
- Segunda medición: del 11 de abril al 6 de mayo de 2016.

Como garantía que se habían adoptado las estrategias adecuadas de protección de las personas participantes, el proyecto fue aprobado por los siguientes Comités de Ética:

- El Comité de Ética de la Investigación de la Universidad de Alicante.
- El Comitè Ètic d'Investigació Clínica (CEIC) de la Fundació d'Osona per a la Recerca i l'Educació.

4. Validez y fiabilidad de la escala

Un instrumento de medición o evaluación estandarizado tiene que ser válido y fiable (Giménez Bertomeu, 2014). A continuación, aportamos las evidencias de fiabilidad y validez obtenidas en el estudio que hacen de la Escala TSO una herramienta robusta para la evaluación del riesgo social en personas mayores.

4.1. Validez de la Escala TSO

La validez de un instrumento de medición hace referencia al grado en que éste mide «realmente» lo que pretende medir, es decir, el grado en que las diferencias de puntuación reflejan «realmente» las diferencias existentes entre los individuos en la característica estudiada (Latiesa, 1994: 342).

De los diferentes tipos de validez existentes, se estudiaron los que siguen.

4.1.1. Validez de contenido

La validez de contenido hace referencia al grado en que la herramienta mide los principales aspectos del constructo objeto de estudio (Latiesa, 1994: 344-348; Ramada-Rodilla, Serra-Pujadas y Delclós-Clanchet, 2013: 64) (el riesgo social en personas mayores), ha sido establecida a partir de:

- Las versiones previas. La Escala TSO partió de un instrumento con versiones previas ya validadas, que se quería actualizar y mejorar. Así, se elaboró un exhaustivo análisis de las versiones existentes que configuró el estado de la cuestión del proyecto.
- La revisión de la literatura científica sobre necesidades sociales en personas mayores y su medición, especialmente en el marco de la Valoración Geriátrica Integral. Los resultados de esta revisión bibliográfica sirvieron de fundamentación teórica del trabajo.
- El juicio de expertos. Los ítems fueron revisados por los miembros del equipo de investigación con amplia experiencia profesional con el

fenómeno, con la población de estudio y con el uso de versiones previas del instrumento en proceso de validación.

4.1.2. Validez de criterio concurrente

La validez de criterio concurrente hace referencia el grado de asociación del instrumento con un criterio externo de referencia (*gold standard*) (Latiesa, 1994: 344-348). En este estudio se hizo un análisis de validez de criterio, comparando las puntuaciones de la Escala con la clasificación de las situaciones individuales segundos el criterio clínico del/de la trabajador/a social, en calidad de *gold standard* o criterio experto. Se utilizaron dos procedimientos (Abell, Springer & Kamata, 2009: 118-130; DeVellis, 2012: 61-64): por un lado, los coeficientes de correlación (*r* de Pearson para variables continuas); por el otro, el análisis de sensibilidad y especificidad, mediante el análisis de curvas ROC, tomando la valoración profesional en la medición 1 como *gold standard*, en las cuatro variantes disponibles (*ex-ante*, global continua, global ordinal y *ex-post*).

En primer lugar, en cuanto a las correlaciones entre la Escala TSO y la valoración profesional (coeficiente de correlación *r* de Pearson), se encontraron correlaciones positivas muy fuertes entre la Escala TSO y la valoración profesional tanto en la medición 1 ($r = ,854$; $p \leq ,01$) como en la medición 2 ($r = ,833$; $p \leq ,01$). Estos resultados indican que la Escala TSO está asociada de manera positiva y con intensidad muy fuerte con el criterio profesional, proporcionando las primeras evidencias de su validez de criterio concurrente.

En segundo lugar, en cuanto al análisis de sensibilidad y especificidad basada en curvas ROC, hay que recordar que la sensibilidad es la capacidad del instrumento para detectar las personas que presentan el fenómeno de estudio (verdadero positivo) y la especificidad es la capacidad de éste para detectar las personas que no presentan el fenómeno de estudio (verdadero negativo) (O'Sullivan, 2011: 138). Se considera que la sensibilidad y la especificidad son aceptables si tienen valores superiores a 0,80 (Ramada-Rodilla, Serra-Pujadas y Delclós-Clanchet, 2013: 65).

Dado el tipo de instrumento de que se trata (orientado a la criba o detección del riesgo social en personas mayores), se esperaba que éste tuviera una alta sensibilidad, es decir, una probabilidad alta de detectar los verdaderos positivos y una baja probabilidad de identificar falsos negativos (1-especificidad).

Los resultados del análisis de sensibilidad y especificidad permiten afirmar que la Escala tiene una alta sensibilidad (identifica el 80% o más de los casos como verdaderos positivos) y una baja probabilidad de identificar falsos negativos (detecta alrededor del 20% de los casos o menos como falsos negativos), en las cuatro variantes disponibles del criterio clínico o valoración profesional (*ex-ante*, global continua, global ordinal y *ex-post*).

Así, por ejemplo, considerando como punto de corte de la valoración profesional global (puntuación continua) la del umbral entre el «problema social moderado» y el «problema social severo», los resultados muestran que el área bajo la curva es adecuada (AUC=,916) al presentar valores superiores a 0,90 con una significación de p<0,05, un bajo error estándar (,025) y con un intervalo de confianza 95% (IC 95%) de,867–,965, lo cual indica que tiene una buena capacidad discriminante.

4.1.3. Validez de constructo (convergente y divergente)

Las evidencias de validez de constructo del instrumento se identificaron a partir de la verificación de la existencia o no de asociaciones o diferencias significativas en las puntuaciones de la Escala TSO según las características de los casos y las de las y los profesionales (Abell, Springer & Kamata, 2009: 113-118). Se utilizaron coeficientes de correlación (*r* de Pearson y *rho* de Spearman) y pruebas de diferencias de medias (prueba *t* de Student y el análisis ANOVA, y sus equivalentes no paramétricos).

Respecto a las diferencias en las puntuaciones medias de la Escala TSO según las características de los casos:

- El género y la estructura familiar son los dos factores más importantes asociados a las puntuaciones de la Escala TSO: ser mujer y vivir sola/o, implica más riesgo social.
    - En el caso del género, la prueba *t* de Student indicó que las mujeres tenían puntuaciones medias significativamente más altas tanto en la medición 1 (t=3.135; p≤,05) como en la medición 2 (t=3.666; p≤,05). Un análisis más detallado de las diferencias mostró que el indicador I4-Ingresos económicos era el indicador con diferencias constantes según la medición. Así, las diferencias de 1 punto entre las medias de cada género pueden ser explicadas por la brecha de género existente en cuanto a las pensiones (las mujeres mayores tienen pensiones un 38% inferiores que las de los hombres)[4].
    - En el caso de la estructura familiar, la prueba *t* de Student indicó que las personas que vivían solas tenían puntuaciones medias significativamente más altas tanto en la medición 1 (*t*=5.3017; p≤,01) como en la medición 2 (*t*=4.594; p≤,01), de más de 1

4. Datos calculados a partir de la cuantía media del total de pensiones (todos los regímenes) según el género, en febrero de 2016. Fuente: Ministerio de Trabajo, Migraciones y Seguridad Social. Histórico de estadísticas de pensiones publicadas. Año 2016 (febrero). Pensiones contributivas en vigor. Pensiones por sexo, régimen y clases. Recuperado de https://bit.ly/2XQNSHs

punto. La literatura es clara en este sentido: vivir solo es un factor de riesgo social en gente mayor.

- La ausencia de diferencias de medias y de correlaciones significativas y robustas con el resto de variables sociodemográficas de los casos, especialmente la edad y el grado de dependencia de la persona mayor (pero también el tipo de municipio de residencia, el tipo de caso y la existencia de reconocimiento de dependencia), está justificada porque el instrumento es una Escala de evaluación del riesgo social (constructo más relacionado con la valoración de la esfera social de la VGI) y no del riesgo sanitario o de salud (constructo más relacionado con la valoración de las esferas clínicas, funcionales o mentales), donde las variables de edad y las relacionadas con la dependencia tendrían una asociación más directa que con el riesgo social.

En cuanto a las diferencias en las puntuaciones de la Escala TSO según las características de las y los profesionales, los resultados encontrados indican la independencia de la evaluación con la Escala TSO respecto a las variables profesionales evaluadas (género, edad, años de experiencia profesional y grado de uso de instrumentos estandarizados), es decir, la evaluación no parece asociada a las características del o de la profesional que hace la evaluación.

4.1.4. Validez discriminante

Para proporcionar evidencias de la validez discriminante de la Escala TSO se empleó el análisis de conglomerados de *k* medias y el análisis discriminante (Gómez, Verdugo, Arias y Navas, 2008; Verdugo, Gómez y Arias, 2009).

En primer lugar, se comprobó la capacidad clasificatoria de la Escala TSO para diferenciar individuos a partir de las puntuaciones globales (continuas) de la medición 1, mediante el análisis de conglomerados de *k* medias. Los resultados mostraron la existencia de tres grupos significativamente diferentes (F=1310,618; p=,000), coincidentes con la clasificación de tres grandes niveles de riesgo social de la Escala TSO:

- El clúster 1 (n=230) agrupa los casos alrededor del riesgo de problema social. Se caracteriza por el riesgo social leve en todos los indicadores, con buena situación social en I5-Vivienda.
- El clúster 2 (n=185) agrupa los casos alrededor de la ausencia de riesgo de problema social. Se caracteriza por la ausencia del riesgo social en todos los indicadores, oscilando entre una muy buena o buena situación en todos ellos.
- El clúster 3 (n=104) agrupa los casos alrededor de la existencia de problema social. Se caracteriza por el riesgo social moderado en I1-Estructura y función familiar, I2-Contactos sociales e I3-Ayuda necesitada y

recibimiento, con afectación leve en I4-Ingresos económicos y ausencia de riesgo en I5-Vivienda.

En segundo lugar, sabiendo que entre los tres grupos existían puntuaciones de la Escala TSO significativamente diferentes, se realizó un análisis discriminante múltiple para conocer cuáles eran los indicadores que clasificaban en cada uno de los 3 grupos o clúster. Los resultados mostraron que el modelo discriminante permite distinguir significativamente entre los grupos (λ_{12} =,158 y p =,000; λ_2 = 0,965 y p =,001), identificando dos funciones discriminantes, de las cuales la primera muestra un porcentaje de varianza explicada del 99%, un autovalor superior a 1 y una alta correlación canónica. Por último, la validación cruzada del modelo discriminante para comprobar su capacidad predictiva indicó que se puede esperar que clasifique correctamente el 98% de los futuros casos.

4.2. Fiabilidad de la Escala TSO

La fiabilidad hace referencia a la «propiedad del instrumento que produce los mismos resultados en diferentes pruebas» (Latiesa, 1994: 341), es decir, a su capacidad para producir resultados similares en diferentes aplicaciones.

De los diferentes procedimientos existentes para estimar la fiabilidad de la Escala, se seleccionó el estudio de su estabilidad (fiabilidad temporal o reproductibilidad), utilizando el procedimiento test-retest. Así se calculó el coeficiente de correlación intraclase (CCI) para estimar el grado de acuerdo entre observadores (intraobservadores) en las dos mediciones, cuando se trata de variables de escala. El CCI estima el grado de variación de las puntuaciones de dos mediciones realizadas en un tiempo 1 y en un tiempo 2. Valores del CCI inferiores a 0,40 indican poca reproductibilidad del instrumento, valores iguales o superiores a 0,75 indican una reproductibilidad excelente, y los valores intermedios (> 0,40 y <0,75) muestran una reproductibilidad adecuada.

El análisis de la fiabilidad intraobservadores en el procedimiento test-retest mediante el CCI encontró un coeficiente de correlación intraclase excelente en la versión en castellano de la Escala TSO (*CCI*=0,930; *IC*=95%: 0,917-0,941; *F*=14,263, *p*=0,000).

5. Normas de aplicación

RECOMENDACIÓN IMPORTANTE
Antes de utilizar la Escala (Anexo 1), hay que hacer una LECTURA ATENTA DEL MANUAL y, en particular, la descripción del instrumento, el glosario con definiciones y criterios específicos por indicadores (Anexo 3) y las normas de aplicación e interpretación del instrumento.

5.1. Criterios genéricos de valoración

a) MOMENTO DE LA VALORACIÓN. La valoración hay que hacerla siempre en un momento temporal determinado y en situaciones estables en cuanto a las necesidades sociales de la persona mayor.
Habitualmente será la situación observada en la fecha en que se hace la valoración o en un momento determinado en el pasado reciente (valoración basal) en el supuesto de que la situación esté cambiando.

b) SUJETOS DE EVALUACIÓN. El instrumento valora situaciones individuales; no es una herramienta de evaluación de situaciones familiares.
Si hay personas cuidadoras que son también personas mayores y éstas también presentan dificultades propias, o dificultades en el cuidado de la persona a evaluar, se tiene que evaluar la situación individual de esta persona cuidadora considerándola una persona usuaria diferenciada.

c) VALORACIÓN SEGÚN CRITERIOS PROFESIONALES. La valoración de necesidades y la asignación del ítem que establece el nivel de riesgo se hace siempre según el criterio profesional de quien evalúa el caso, no a partir de la percepción subjetiva de la persona usuaria sobre su situación.
Por ejemplo:

- El o la profesional puede considerar insuficiente el nivel de ayuda que recibe una persona usuaria, aunque ésta piense que no necesita más: se clasifica como ayuda insuficiente.

- La persona usuaria puede considerar que su vivienda está en condiciones, cuando el o la profesional observa que tiene déficits básicos o estructurales: se clasifica como vivienda inadecuada.

d) VALORACIÓN SEGÚN LOS EFECTOS O RESULTADOS SIN INTERPRETAR LAS CAUSAS. Se valorarán siempre las evidencias observadas (descriptores) «aquí y ahora» según sus efectos o resultados. Las causas de estos resultados pueden ser diversas, pero no las tenemos que interpretar cuando se selecciona un ítem.

Por ejemplo, cuando interviene la voluntad de la persona usuaria en la realización de actividades o en la aceptación de la ayuda:

- Podría salir a la calle (no tiene ningún impedimento físico ni de vivienda), pero no sale. Como resultado: No tiene contacto social.
- Podría cubrir su cuidado personal, pero no lo hace. Como resultado: carencia de cuidados.
- Podría tener ayuda por parte de los servicios públicos y/o la familia, pero no quiere. Como resultado: no se puede ejercer la ayuda.

e) VALORACIÓN DE LOS CAMBIOS. La valoración es única en un momento determinado, pero hay que volver a hacerla cada vez que se produzcan cambios. De este modo, la Escala nos puede ofrecer medidas con perspectiva longitudinal.

5.2. Procedimiento de aplicación

a) TÉCNICAS DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN. Las técnicas de recogida de la información que hacen falta para completar el registro en la Escala serán las que utilice normalmente el o la profesional del Trabajo Social en los procesos de diagnóstico. Es recomendable el uso de la entrevista semiestructurada y, si hace falta, el análisis documental. En ningún caso se tiene que aplicar la Escala durante la interacción directa entre el profesional y el usuario, como si se tratara de un cuestionario o una entrevista estructurada.

b) SISTEMÁTICA DE REGISTRO. Como los cinco indicadores evalúan aspectos sociales diferentes, a la vez hace falta:

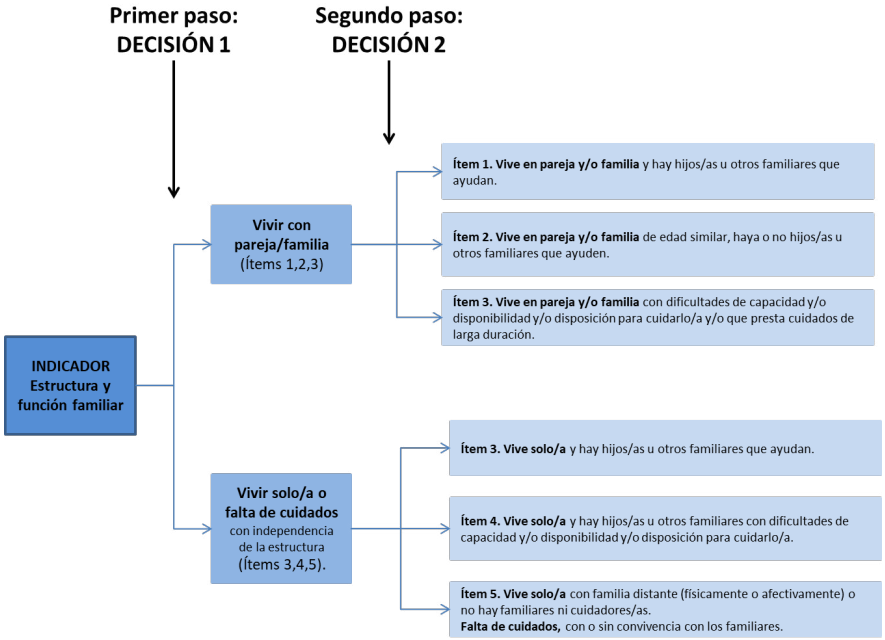
- Por un lado, observar los descriptores destacados en negrita para poder hacer la primera clasificación.
- Por otro lado, decidir el ítem definitivo que se corresponde mejor con la situación que es objeto de valoración, en función de las opciones que proporcionan el resto de descriptores complementarios.

La **negrita** es una característica identificativa que pretende facilitar la rutina de rellenar la Escala.

Por ejemplo, en la valoración de la estructura y función familiares se dan dos situaciones principales de estructura familiar: **Vivir con pareja/**

familia (Ítems 1, 2 y 3) y **vivir sola/o** (Ítems 3, 4 y 5). Una vez el o la profesional ha clasificado el caso en el primer grupo o en el segundo, acaba de decidir el ítem definitivo a seleccionar a partir de la información complementaria referida a la función de ayuda familiar que aporta cada uno de ellos.

Ilustración 2. Ejemplo de árbol de decisiones de la sistemática de registro con la Escala TSO



c) COMO UTILIZAR LOS DESCRIPTORES MÚLTIPLES. En cada ítem puede haber descritas una o varias situaciones adecuadas y/o problemáticas. Pueden estar separadas por un punto o **negrita**.
Cuando se trata de un descriptor múltiple, las diversas situaciones que se describen no hace falta que se den necesariamente de forma simultánea, sino que con que se constate que se cumple sólo una, se puede seleccionar este ítem independientemente de que se den o no las otras.

d) CÁLCULO DEL NIVEL DE RIESGO SOCIAL GLOBAL. El nivel de riesgo social global se calcula sumando las puntuaciones directas de los ítems seleccionados en cada indicador. Esta puntuación oscilará entre 5 puntos (puntuación mínima) y 25 puntos (puntuación máxima). Para la adecuada comprensión de esta puntuación se tienen que consultar las instrucciones para la interpretación de los resultados de la Escala y el anexo con los baremos de interpretación.

6. Normas de interpretación

Los criterios de interpretación se fundamentan en las evidencias empíricas encontradas en el estudio de validez y fiabilidad de la Escala TSO. Los criterios tienen la limitación de que el grupo normativo o de referencia (la población de estudio) no se pudo seleccionar mediante un muestreo probabilístico y, por lo tanto, no es una muestra estadísticamente representativa del conjunto de la población mayor. No obstante, este hecho es, por otro lado, bastante común en los procesos de validación de instrumentos estandarizados, por la dificultad para acceder a muestras estadísticamente representativas. En su lugar, se segmentó la muestra intencionalmente, siguiendo los criterios de estratificación de interés para la investigación descritos en el apartado sobre las personas participantes.

6.1. Puntos de corte

Las evidencias obtenidas con el análisis de sensibilidad y especificidad, que hacen que la Escala permita discriminar la existencia o no de problema social, muestran que existe «problema social» cuando la puntuación de la Escala TSO se encuentra entre los 14,50 y los 15,50 puntos, es decir, la marca de clase del intervalo teórico del «problema social leve», de forma que la propuesta teórica de puntos de corte se ajusta de manera muy adecuada al criterio del *gold standard*. En conclusión, se pueden mantener como umbral de la existencia de problema social según la Escala TSO los valores superiores a 15 puntos. Con este punto de corte se garantiza que se identificarán más del 80% de los verdaderos positivos y no se superará más del 20% de falsos negativos.

Por lo tanto, los puntos de corte definitivos de la Escala TSO serán los que se indican en la tabla que sigue.

Tabla 2. Puntos de corte de la Escala TSO (criterios de interpretación)

Clasificación teórica	Muy buena situación social (MBSS) (5-8)	Buena situación social (BSS) (9-12)	Problema social leve (PSL) (13-17)	Problema social moderado (PSM) (18-21)	Problema social severo (PSS) (22-25)
Nivel de riesgo	Ausencia de problema social		Riesgo de problema social	Problema social	
Puntuación global Escala TSO	≤ 12		> 12 y ≤ 15	>15	

6.2. Percentiles

Los percentiles se utilizan para la interpretación de la puntuación de un caso, de manera complementaria a la puntuación directa individual. Son útiles para comparar la puntuación individual con las de un grupo de referencia e identificar la posición relativa de la persona respecto al grupo. Por ejemplo, una persona con una puntuación directa individual situada en el percentil 25 indica que el 25% de personas del grupo de referencia tiene una puntuación inferior a la suya y un 75% tiene una puntuación superior.

Las diferencias significativas según género y situación de convivencia apuntan a la necesidad de considerar también estas variables para comparar las puntuaciones directas individuales con las de cada subgrupo de estas variables e interpretar correctamente el resultado que nos ofrece la Escala TSO.

De manera detallada, la distribución de puntuaciones por percentiles es la siguiente:

Tabla 3. Percentiles de las puntuaciones directas globales de la Escala TSO, según población general, género y situación de convivencia (Medición 1)

		Puntuaciones directas globales				
		Población general	*Género*		*Situación de convivencia*	
			Mujeres	Hombres	Vive sola/o	No vive sola/o
Percentiles	5	8,00	9,00	7,00	9,05	8,00
	10	9,00	10,00	8,00	10,00	9,00
	15	10,00	10,00	9,00	10,00	9,00
	20	10,00	11,00	9,00	11,00	10,00
	25	11,00	11,00	10,00	**12,00**	10,00
	30	11,00	11,10	10,00	12,00	11,00
	35	11,00	**12,00**	10,00	12,00	11,00
	40	12,00	12,00	11,00	13,00	11,00
	45	**12,00**	13,00	11,00	13,00	**12,00**
	50	13,00	13,00	**12,00**	14,00	12,00
	55	13,00	13,00	12,00	14,00	13,00
	60	14,00	14,00	13,00	**15,00**	13,00
	65	14,00	14,00	13,00	15,00	13,00
	70	15,00	**15,00**	14,00	15,00	14,00
	75	**15,00**	15,00	**15,00**	16,00	14,00
	80	16,00	16,00	15,20	16,80	**15,00**
	85	16,00	16,00	16,00	17,00	16,00
	90	17,00	17,00	17,00	18,00	17,00
	95	18,00	18,00	19,00	18,00	18,00

6.3. Puntuaciones tipificadas

Las puntuaciones típicas o *z* se utilizan para la interpretación de la puntuación de un caso, de manera complementaria a la puntuación directa y a los percentiles. Como los percentiles, son útiles para comparar la puntuación individual con las de un grupo de referencia e identificar la posición relativa de la persona respecto a la media del grupo. Las puntuaciones típicas o *z* expresan la distancia entre las puntuaciones directas individuales y la media, en términos de desviaciones típicas, es decir, indican cuántas desviaciones típicas hay desde la puntuación directa individual a la media. Por ejemplo, una persona con una puntuación típica de –2,5 significa que su puntuación individual está dos veces y media por debajo de la media de su grupo de referencia (menos riesgo respecto al grupo); si el signo es positivo, indica que la puntuación individual está por encima de la media del grupo de referencia (más riesgo respecto al grupo).

Estas puntuaciones indican la relación entre puntuaciones con independencia del grupo, variable o unidad de medición, lo cual permite comparar puntuaciones expresadas en escalas diferentes.

De nuevo, las diferencias significativas según género y situación de convivencia apuntan a la necesidad de considerar también estas variables para comparar las puntuaciones individuales con las medias de cada subgrupo de estas variables e interpretar correctamente el resultado que nos ofrece la Escala TSO.

La distribución de puntuaciones típicas es la siguiente:

Tabla 4. Puntuaciones z de las puntuaciones directas globales de la Escala TSO, según población general, género y situación de convivencia (Medición 1)

		Puntuaciones típicas (z)				
		Población general	*Género*		*Situación de convivencia*	
			Mujeres	Hombres	Vive sola/o	No vive sola/o
Puntuación directa	5	-2,6	-2,9	-2,1	-2,9	-2,5
	6	-2,2	-2,5	-1,8	-2,6	-2,1
	7	-1,9	-2,2	-1,5	-2,3	-1,8
	8	-1,6	-1,8	-1,2	-1,9	-1,5
	9	-1,3	-1,5	-1,0	-1,6	-1,1
	10	-0,9	-1,1	-0,7	-1,3	-0,8
	11	-0,6	-0,8	-0,4	-1,0	-0,5
	12	-0,3	-0,4	-0,1	-0,6	-0,1
	13	0,0	-0,1	0,2	-0,3	0,2
	14	0,4	0,3	0,5	0,0	0,5
	15	0,7	0,6	0,8	0,4	0,9
	16	1,0	1,0	1,1	0,7	1,2
	17	1,3	1,3	1,4	1,0	1,5
	18	1,7	1,7	1,7	1,4	1,9
	19	2,0	2,0	2,0	1,7	2,2
	20	2,3	2,4	2,3	2,0	2,5
	21	2,6	2,7	2,5	2,4	2,9
	22	2,9	3,1	2,8	2,7	3,2
	23	3,3	3,4	3,1	3,0	3,5
	24	3,6	3,8	3,4	3,4	3,9
	25	3,9	4,1	3,7	3,7	4,2

7. Recomendaciones para la intervención profesional basadas en los resultados de la escala TSO

Estas recomendaciones pretenden establecer un vínculo entre los resultados de la Escala TSO y la intervención profesional, tomando como punto de partida la clasificación en tres grupos de riesgo que permite la Escala. Las orientaciones han sido elaboradas teniendo en cuenta, por un lado, las evidencias empíricas obtenidas en este estudio (características sociodemográficas y alcance e intensidad del riesgo social según la Escala en cada grupo), y, por otro lado, la sistematización de la experiencia profesional con población mayor.

En primer lugar, hay que destacar que las características de la intervención social están orientadas y limitadas por el tipo de servicio donde se detecta y se evalúa la situación social:

- Ámbito comunitario. Desde la atención primaria social y/o de salud es posible trabajar en un marco temporal amplio y en planes de atención de continuidad, en los cuales puede haber intervenciones definidas y programadas en función del triaje de riesgo que ofrece la Escala TSO y el diagnóstico social posterior.
- Ámbito institucional. Desde la atención especializada (hospital de agudos y/o atención sanitaria intermedia) donde se dan contactos episódicos y limitados en el tiempo, las intervenciones estarán más dirigidas a identificar los efectos-cambios de la situación de salud motivo del ingreso sobre los indicadores sociales basales en la Escala y para hacer un plan de trabajo inicial que, en general, se orienta o hace énfasis en dos líneas:
    - Favorecer procesos adaptativos a los cambios (roles, pérdidas, organización familiar, etc.).
    - Acompañamiento en el retorno en la comunidad, consolidando los resultados de salud y funcionales logrados a través de intervenciones de apoyo técnico (articulación de servicios

y/o prestaciones posibles) y de trabajo en red para asegurar la continuidad de la atención.

En consecuencia, estas recomendaciones amplias y generales, poniendo el énfasis en la intervención desde un ámbito comunitario, tienen que ser ajustadas a la intervención profesional que se puede llevar a cabo según las competencias atribuidas al contexto institucional del o de la profesional (Servicios Sociales o Sanitarios de Atención Primaria u hospitales).

En segundo lugar, hay que mencionar los aspectos generales aplicables a todos los grupos de riesgo a la hora de la intervención:

- Contextualizar la valoración con la Escala TSO en relación a tres aspectos que suelen ser importantes en la intervención con personas mayores:
    - Demográficos: edad, género y situación de convivencia.
    - Dependencia: tipo de necesidades existentes o que se pueden generar en función de la evolución de los problemas de salud.
    - Salud: la situación de salud de la persona y perspectivas evolutivas que se pueden dar en ella.
- En el resultado de la Escala, observar bien la distribución de la puntuación de riesgo en los diversos indicadores e identificar los que tienen puntuaciones más altas (donde los ítems puntúan 3, 4 ó 5) para tener una primera orientación o mapa con la que priorizar las intervenciones.
- La intervención social puede ser directa y/o indirecta, y en función de los resultados de la Escala progresará en dos aspectos:
    - Intensidad de las acciones: más intervenciones, más inmediatez, necesidad de supervisión-seguimiento con periodicidad más corta, etc.
    - Tipología de acciones: informativas, de asesoramiento-apoyo, educativas-capacitadoras y dirigidas al cambio, de apoyo técnico (incluiría prestaciones, servicios y asistencia material-institucional), supervisión-seguimiento, evaluación (objetivos-indicadores del logro del plan de intervención), y de derivación/trabajo en red, si es el caso (incluiría coordinación interna-externa).
- Siempre que sea posible, incorporar a la persona objeto de intervención en su plan de trabajo. Incorporar también, siempre que sea posible, a su entorno familiar o cuidador.
- Antes de iniciar cualquier intervención, es recomendable establecer contacto y coordinación de actuaciones entre los Servicios Sociales y Sanitarios que hayan intervenido o puedan tener que hacerlo.
- En el caso de intervención en el ámbito comunitario, para facilitar a la persona usuaria la relación con los servicios, es de interés acordar el o la profesional de referencia del caso (en función del contexto de salud y/o dependencia y/o de los criterios de vulnerabilidad-exclusión social,

puede ser más adecuado uno u otro). El referente del caso se puede modificar en función de la evolución del caso.

Seguidamente se describen propuestas de intervención en los tres grupos de riesgo social que se dan respecto a la puntuación de la Escala. Las recomendaciones respecto a la tipología y a la intensidad de las intervenciones que se proporcionan son aplicables por igual a los ámbitos comunitario e institucional, con las peculiaridades señaladas al inicio de este apartado respecto al contexto institucional de referencia.

7.1. Recomendaciones para la intervención con el grupo con «Ausencia de riesgo social»

Se tendrán en cuenta los aspectos generales ya mencionados.

En general y como no hay riesgo social en relación a los indicadores de la Escala, las intervenciones tendrían que tender a ser con **orientación preventiva, de poca intensidad y de tipología informativa**. Éstas tendrían que permitir, a la persona y/o familia, identificar cuándo su situación de necesidades futuras pueda ser susceptible de mejora, con la intervención de los servicios sociales y/o sanitarios y facilitar el acceso a los derechos sociales que se le puedan reconocer.

Entre las acciones mínimas a desarrollar se encuentran las siguientes:

1. Tener detectados a los familiares de referencia o a las personas en quienes se delega y sus datos de contacto (en especial su teléfono).
2. Revisar si existe teleasistencia –se puede coordinar y pactar el seguimiento telefónico y retorno de información al trabajador o trabajadora social de los Servicios Sociales de Atención Primaria (SSAP).
3. Programar acciones de seguimiento como prevención **una vez en el año** (visita a domicilio-contacto telefónico). Valorar si hay que implementar alguna actuación preventiva para mantener la buena situación social.
4. Una vez en el año aplicar de nuevo la Escala TSO.

7.2. Recomendaciones para la intervención con el grupo con «Riesgo de problema social»

Se tendrán en cuenta los aspectos generales ya mencionados.

Al tratarse de situaciones de riesgo social las intervenciones tendrían que ir dirigidas a **minimizar el riesgo potencial, con el objetivo que éste no se acabe instaurando como problema social** establecido. Así, es probable que la tipología de intervenciones se diversifiquen y junto **con intervenciones informativas, las de asesoramiento-capacitación así como las de apoyo técnico y de evaluación de resultados** sean necesarias. La **intensidad será**

de características moderadas tanto en el margen temporal para la implementación del plan como en la periodicidad de seguimiento.

La **pro-actividad** en la intervención social en este grupo es una herramienta de valor, en el sentido de que el beneficio derivado de que la situación de riesgo se contenga o cambie a mejor es mucho más alto que el coste de dedicación profesional que representa.

Entre las accionas mínimas a desarrollar se encuentran las siguientes:

1. Tener detectados a los familiares de referencia o a las personas en quienes se delega y sus datos de contacto (en especial su teléfono).
2. Programar una visita domiciliaria y/o entrevista social complementaria, antes de tres meses, para profundizar en el conocimiento de los indicadores en que hay más riesgo de problema social (se puede hacer uso de los instrumentos complementarios de evaluación). Establecer y compartir el diagnóstico social, siempre que se pueda, con la persona.
3. Coordinarse con los recursos o servicios activos.
4. Hacer el plan de trabajo con la participación de la persona e implementarlo.
5. Hacer seguimiento de la situación. Reevaluar la situación, aplicando la Escala TSO, **antes de tres meses**. Si se mantiene el riesgo de problema social, revisar por qué no se han producido los cambios esperados para disminuirlo y, en base a esto, decidir si hacen falta modificaciones en el plan de trabajo y en la temporalidad de seguimiento. Programar como mínimo **dos seguimientos al año** (visita domicilio), con el objetivo de mantener y reforzar los resultados logrados en los casos de mejora, y de supervisión y control evolutivo en los que ha hecho falta cambio de plan o en los que no se han producido cambios a mejor.

7.3. Recomendaciones para la intervención con el grupo con «Problema social»

Se tendrán en cuenta los aspectos generales ya mencionados.

Al tratarse de situaciones de problema social establecido, **las intervenciones tendrían que ir dirigidas a revertir siempre que sea posible la situación problemática** y hacerlo **lo más rápido posible** (se puede hacer uso de los instrumentos complementarios de evaluación). Las **intervenciones serán diversas**, seguramente incluirán **todas las tipologías descritas y requerirán de trabajo coordinado y/o en red con otros servicios**. La **intensidad** de intervención será probablemente **alta**, con un importante esfuerzo profesional en un tiempo inicial.

La mejora en estos casos puede tener un componente de fragilidad, y consolidarla requerirá un seguimiento intensivo.

Entre las accionas mínimas a desarrollar se encuentran las siguientes:

1. Tener detectados a los familiares de referencia o a las personas en quienes se delega y sus datos de contacto (en especial su teléfono).
2. Programar visita domiciliaria para profundizar en los indicadores en que se detecta problema social, **entre los 15 y 30 días siguientes** (se puede hacer uso de los instrumentos complementarios de evaluación). Establecer y compartir el diagnóstico social, siempre que se pueda, con la persona.
3. Coordinarse con los recursos o servicios activos. Plantear alguna actuación inmediata, si es necesaria.
4. Compartir el diagnóstico social entre profesionales de servicios sociales de atención primaria y de salud. Plantear visita domiciliaria conjunta, si es conveniente. Recoger qué información tiene la persona de su situación, cuáles son sus voluntades y preferencias, así como cómo y dónde quiere ser atendida.
5. Promover la realización de un **plan de trabajo conjunto y compartido** de todos los y las profesionales y servicios que intervienen por, entre otros:
    a) Establecer las atenciones a realizar en el periodo más inmediato (corto plazo-menos de tres meses), incluyendo también actuaciones preventivas y formativas de autocuidado, si son posibles.
    b) Decidir también la periodicidad de la actuación proactiva (visitas de seguimiento **cada tres o cuatro meses**). Aplicar la Escala TSO en las visitas de seguimiento en el domicilio.
6. Llevar a cabo el plan de trabajo y las y los profesionales implicados harán un resumen de este diagnóstico y del plan de trabajo para que conste en los respectivos sistemas informáticos de los servicios sociales y de salud.

8. Bibliografía

Abell, N., Springer, D.W. & Kamata (2009). *Developing and Validatin Rapid Assessment Instruments*. Nueva York (NY): Oxford University Press.

Abellán, A. y Pujol, R. (2016). Un perfil de las personas mayores en España, 2015. Indicadores estadísticos básicos. *Informes Envejecimiento en red*, 14, 1-22. Recuperado de http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos16.pdf

Ballester, L. (1988). Marco conceptual para el análisis de las necesidades sociales. *Cuadernos de Trabajo Social*, 1, 63-75. Recuperado de https://revistas.ucm.es/index.php/CUTS/article/view/CUTS8888110063A

Corcoran, K. & Fischer, J. (2013). *Measures for clinical practice and research: a sourcebook* (5th ed.). Nueva York (NY): Oxford University Press.

Cordingley, L., Hughes, J. & Challis, D. (2001). *Unmets needs and older people. Towards a synthesis of user and provider views.* York: Robert Rowtree Foundation. Recuperado de https://www.jrf.org.uk/report/unmet-need-and-older-people-towards-synthesis-user-and-provider-views

DeVellis, R. F. (2012). *Scale Development: theory and applications* (3rd ed.). Thousand Oaks (CA): Sage

Díaz, E., Domínguez, O. y Toyos, E. (1993). Resultados de la aplicación de una escala de valoración socio-familiar en Atención Primaria. *Revista de Trabajo Social y Salud*, 16, 137-56.

Díaz, E., Domínguez, O. y Toyos, E. (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, P. y Guillén, 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* (pp. 5-37). Madrid: Editores Médicos, S.A.

García González, J.V., Díaz, E., Salamea, A., Cabrera, D., Menéndez, A., Fernández Sánchez, A. y Acebal, V. (1999). Evaluación de la

fiabilidad y validez de una escala de valoración social en el anciano. *Atención Primaria*, 23(7), 434-440. Recuperado de https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-evaluacion-fiabilidad-validez-una-escala-14810

Giménez Bertomeu, V.M. (2014). Escalas y Trabajo Social: utilidad para el diagnóstico y la investigación en la práctica profesional. En E. Pastor, M.T. Martínez, M. Avilés y Y. Doménech (coords.), *El trabajo social ante el reto de la crisis y la educación superior* (pp. 977-987). Madrid: Universitas.

Gómez, L.E., Verdugo, M.A., Arias, B. y Navas, P. (2008). Evaluación de la calidad de vida en personas mayores y con discapacidad: La Escala FUMAT. *Intervención Psicosocial*, 17(2), 189-199. Recuperado de http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/social/in2008v17n2a7.pdf

Guinovart, C., Rovira, E. y Rufí, A. (2011). *Experiència d'ús i resultats d'una escala de valoració socio-familiar en ancians per part de treballadors socials a la comarca d'Osona*. Barcelona: Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya. Recuperado de https://www.tscat.cat/content/v-premi-de-recerca-dolors-arteman

Instituto Nacional de Estadística (INE) (2014). *Proyección de la Población de España 2014-2064*. Recuperado de http://www.ine.es/prensa/np870.pdf

Instituto Nacional de Estadística (INE) (2015). *Cifras de Población a 1 de enero de 2015*. Recuperado de http://www.ine.es/prensa/np948.pdf

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

Kane, R.A. (2006). Standardised measures commonly used in geriatric assessment. En B. Berkman & S. D'Ambruoso (eds.), *Handbook of social work in health and ageing* (pp– 737-748). Nueva York (NY): Oxford University Press.

Kane, R.A. (2010). Social Assessment of geriatric patients. En H.M. Fillit, K. Rockwood & K. Woodhouse (Eds), *Brocklehurst's Textbook of Geriatric Medecine and Gerontology* (7th Edition) (pp.223-229). Philadelphia (PA): Saunders/Elsevier.

Kane, R.A. & Kane, R.L. (1993). *Evaluación de las necesidades en los ancianos. Guía Práctica sobre los instrumentos de medición*. Barcelona: SG Editores.

Kane, R.L. & Kane R.A. (eds) (2000). *Assessing Older persons: Measures Meaning and practical applications*. Nueva York (NY): Oxford University Press.

Latiesa, M. (1994). Validez y fiabilidad de las observaciones sociológicas. En M. García Ferrando, J. Ibáñez y F. Alvira (comps.), *El análisis de la*

realidad social: métodos y técnicas de investigación (pp. 335-364). Madrid: Alianza.

Levin, C. (2000). Social Functioning. A R.L. Kane & R.A. Kane (eds.), *Assessing older persons. Measures, meaning and practical applications* (pp. 170-199). Nova York (NY): Oxford University Press.

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

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2012). *Memoria del Sistema de Información de Usuarios/as de Servicios Sociales (S.I.U.S.S.). Año 2012*. Recuperado de https://www.msssi.gob.es/ssi/familiasInfancia/inclusionSocial/serviciosSociales/siuss/Memoria_SIUSS_2012.pdf

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2013*). Informe anual del Sistema Nacional de Salud, 2013*. Recuperado de https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfSNS2013.htm

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2015). *Las Personas Mayores en España. Informe 2014*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Recuperado de http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/22029_info2014pm.pdf

Mourão, L.M.R. (2008). *Aplicação da Escala de Gijón em Rastreio de Risco Social*. Universidade de Aveiro (Portugal). Secção Autónoma de Ciências da Saúde. Recuperado de http://ria.ua.pt/bitstream/10773/3280/1/2009000424.pdf

O'Sullivan, T. (2011). *Decision Making in Social Work* (2nd edition). Hampshire: Palgrave Macmillan.

Ramada-Rodilla, J.M., Serra-Pujadas, C. y Delclós-Clanchet, G.L. (2013). Adaptación cultural y validación de cuestionarios de salud: revisión y recomendaciones metodológicas. *Salud Pública Mexicana*, 55 (1), 57-66. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000100009

Reglero, M. (2004). Necesidades de la sociedad actual: colectivos sociales tradicionalmente excluidos del mundo educativo. *Educación y futuro: revista aplicada de investigación y experiencias educativas*, 10, 51-60. Recuperado de https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2044620

Rubin, A. & Babbie, E.R. (2014). *Research Methods for Social Work* (8th ed.). Belmont (CA): Brooks/Cole, Cengage Learning.

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 (S1), 8-16. https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1991.tb05927.x

Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (SEGG) (2015). *MIR Geriatría. Programa docente de la especialidad de geriatría*. Recuperado de http://www.segg.es/mir.asp?cap=1

Stuck, A.E., Siu, A.L., Wieland, G.D., Rubenstein, L.Z. & Adams, J. (1993). Comprehensive geriatric assessment: A meta-analysis of controlled trials. *Lancet*, 342(8878), 1032-1036. https://doi.org/10.1016/0140-6736(93)92884-V

Verdugo Alonso, M.A., Gómez Sánchez, L. y Arias Martínez B. (2009). *Evaluación de la calidad de vida en personas mayores: La Escala FUMAT*. Salamanca: Instituto Universitario de Integración en la Comunidad (INICO). Recuperado de https://inico.usal.es/178/instrumentos-evaluacion/evaluacion-de-la-calidad-de-vida-en-personas-mayores-la-escala-fumat.aspx

Vonk, M.E., Tripodi, T. & Epstein, I. (2007). *Research Techniques for Clinical Social Workers* (2nd ed.). Nueva York (NY): Columbia University Press.

Anexo 1. Escala TSO

EVSF TSO ESCALA DE VALORACIÓN SOCIO-FAMILIAR		FECHA DE EVALUACIÓN	
EVALUADOR/A			
NOMBRE Y APELLIDOS DE LA PERSONA EVALUADA			
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN		EDAD	
GÉNERO	Mujer Hombre	SITUACIÓN DE CONVIVENCIA	Vive sola/o No vive sola/o

I1. ESTRUCTURA Y FUNCIÓN FAMILIAR	PUNTUACIÓN
Vive en pareja y/o familia y hay hijos/as u otros familiares que ayudan.	☐ 1
Vive en pareja y/o familia de edad similar, haya o no hijos/as u otros familiares que ayuden.	☐ 2
Vive en pareja y/o familia con dificultades de capacidad y/o disponibilidad y/o disposición para cuidarlo/a y/o que presta cuidados de larga duración. **Vive solo/a** y hay hijos/as u otros familiares que ayudan.	☐ 3
Vive solo/a y hay hijos/as u otros familiares con dificultades de capacidad y/o disponibilidad y/o disposición para cuidarlo/a.	☐ 4
Vive solo/a con familia distante (físicamente o afectivamente) o no hay familiares ni cuidadores/as. **Falta de cuidados,** con o sin convivencia con los familiares.	☐ 5

I2. CONTACTOS SOCIALES	PUNTUACIÓN
Contactos sociales periódicos (> una vez/semana) fuera del domicilio y participación en redes amplias de contactos/actividades.	☐ 1
Contactos sociales periódicos (> una vez/semana) fuera del domicilio con familiares, vecinos/as u otras personas, derivados de la realización de actividades instrumentales (comprar, ir al banco, etc.) u otras (visitas médicas, etc.) que le son necesarias.	☐ 2
Contactos sociales periódicos (> una vez/semana) dentro o fuera del domicilio sólo con la familia y/o con un ámbito de relación restringido.	☐ 3
Contactos sociales puntuales (≤ una vez/semana y/o irregulares) sólo en el domicilio con la familia y/o con un ámbito de relación restringido.	☐ 4
Sin contactos sociales: no recibe visitas, no sale a la calle y/o aislamiento social.	☐ 5

I3. AYUDA NECESITADA Y RECIBIDA DE LA RED DE RECURSOS FORMALES Y/O INFORMALES EN LAS AVD	PUNTUACIÓN
No requiere ayuda.	☐ 1
Requiere ayuda y la recibe de la red informal y/o formal y es suficiente.	☐ 2
Requiere ayuda y la recibe en su mayor parte de una persona cuidadora externa (privada) y es suficiente, independientemente de que esté o no complementada por la red informal y/o formal.	☐ 3
Requiere ayuda y la recibe de la red informal y/o formal y es insuficiente.	☐ 4
Requiere ayuda y no tiene apoyo de la red de recursos (formal/informal) y/o no se puede ejercer.	☐ 5

I4. INGRESOS ECONÓMICOS	PUNTUACIÓN
Más de dos veces el Indicador Público de Renta de Efectos Múltiples (IPREM). (> 2 IPREM)	☐ 1
Entre una vez y media y dos el IPREM. (> 1,5 IPREM £ 2 IPREM)	☐ 2
Entre una vez y una vez y media el IPREM (> 1 IPREM £ 1,5 IPREM)	☐ 3
Igual o inferior a 1 vez el IPREM. (£ 1 IPREM)	☐ 4
Sin ingresos fijos.	☐ 5

I5. VIVIENDA	PUNTUACIÓN
Adecuada: Dispone de todos los suministros (agua, luz y gas o forma de cocción alternativa), equipamientos (calefacción, baño, teléfono y ascensor, si fuera necesario) y adaptaciones para las barreras arquitectónicas internas y/o externas.	☐ 1
Inadecuada: Barreras arquitectónicas externas y/o falta algún equipamiento de la lista anterior.	☐ 2
Inadecuada: Barreras arquitectónicas internas en el domicilio.	☐ 3
Inadecuada: Falta uno o más suministros y/o dos o más equipamientos y/u otras condiciones inadecuadas de la vivienda (humedades, descuido, falta de higiene, etc.).	☐ 4
Inadecuada: Ausencia de vivienda, infravivienda (chabola, vivienda en ruinas) o pérdida inminente de la vivienda.	☐ 5

PUNTUACIÓN DIRECTA GLOBAL (Suma de las puntuaciones directas de los indicadores)	0

RESUMEN DE PUNTUACIONES Y CRITERIOS DE INTERPRETACIÓN								
Indicadores	Puntuación directa	Puntuación directa global	Percentil			Puntuación típica		
			General	Género	Situación de convivencia	General	Género	Situación de convivencia
I1. Estructura y función familiar	0	0						
I2. Contactos sociales	0							
I3. Ayuda necesitada y recibida	0							
I4. Ingresos económicos	0							
I5. Vivienda	0							

Anexo 2. Escala TSO: plantilla de análisis del cambio (perspectiva longitudinal)

EVSF TSO ESCALA DE VALORACIÓN SOCIO-FAMILIAR		FECHA DE EVALUACIÓN	
EVALUADOR/A			
NOMBRE Y APELLIDOS DE LA PERSONA EVALUADA			
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN		EDAD	
GÉNERO	Mujer Hombre	SITUACIÓN DE CONVIVENCIA	Vive sola/o No vive sola/o

	PUNTUACIÓN DIRECTA						PUNTUACIÓN DIRECTA GLOBAL					
INDICADOR	M-1	M-2	M-3	M-4	M-5	M-6	M-1	M-2	M-3	M-4	M-5	M-6
	Fecha:	Fecha:	Fecha:	Fecha:	Fecha:	Fecha:	Fecha:	Fecha:	Fecha:	Fecha:	Fecha:	Fecha:
I1. Estructura y función familiar	☐ 5 ☐ 4 ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1	☐ 5 ☐ 4 ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1	☐ 5 ☐ 4 ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1	☐ 5 ☐ 4 ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1	☐ 5 ☐ 4 ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1	☐ 5 ☐ 4 ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1	☐ 25 ☐ 24 ☐ 23 ☐ 22	☐ 25 ☐ 24 ☐ 23 ☐ 22	☐ 25 ☐ 24 ☐ 23 ☐ 22	☐ 25 ☐ 24 ☐ 23 ☐ 22	☐ 25 ☐ 24 ☐ 23 ☐ 22	☐ 25 ☐ 24 ☐ 23 ☐ 22
I2. Contactos sociales	☐ 5 ☐ 4 ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1	☐ 5 ☐ 4 ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1	☐ 5 ☐ 4 ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1	☐ 5 ☐ 4 ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1	☐ 5 ☐ 4 ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1	☐ 5 ☐ 4 ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1	☐ 21 ☐ 20 ☐ 19 ☐ 18	☐ 21 ☐ 20 ☐ 19 ☐ 18	☐ 21 ☐ 20 ☐ 19 ☐ 18	☐ 21 ☐ 20 ☐ 19 ☐ 18	☐ 21 ☐ 20 ☐ 19 ☐ 18	☐ 21 ☐ 20 ☐ 19 ☐ 18
I3. Ayuda necesitada y recibida	☐ 5 ☐ 4 ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1	☐ 5 ☐ 4 ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1	☐ 5 ☐ 4 ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1	☐ 5 ☐ 4 ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1	☐ 5 ☐ 4 ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1	☐ 5 ☐ 4 ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1	☐ 17 ☐ 16 ☐ 15 ☐ 14 ☐ 13	☐ 17 ☐ 16 ☐ 15 ☐ 14 ☐ 13	☐ 17 ☐ 16 ☐ 15 ☐ 14 ☐ 13	☐ 17 ☐ 16 ☐ 15 ☐ 14 ☐ 13	☐ 17 ☐ 16 ☐ 15 ☐ 14 ☐ 13	☐ 17 ☐ 16 ☐ 15 ☐ 14 ☐ 13
I4. Ingresos económicos	☐ 5 ☐ 4 ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1	☐ 5 ☐ 4 ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1	☐ 5 ☐ 4 ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1	☐ 5 ☐ 4 ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1	☐ 5 ☐ 4 ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1	☐ 5 ☐ 4 ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1	☐ 12 ☐ 11 ☐ 10 ☐ 9	☐ 12 ☐ 11 ☐ 10 ☐ 9	☐ 12 ☐ 11 ☐ 10 ☐ 9	☐ 12 ☐ 11 ☐ 10 ☐ 9	☐ 12 ☐ 11 ☐ 10 ☐ 9	☐ 12 ☐ 11 ☐ 10 ☐ 9
I5. Vivienda	☐ 5 ☐ 4 ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1	☐ 5 ☐ 4 ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1	☐ 5 ☐ 4 ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1	☐ 5 ☐ 4 ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1	☐ 5 ☐ 4 ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1	☐ 5 ☐ 4 ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1	☐ 8 ☐ 7 ☐ 6 ☐ 5	☐ 8 ☐ 7 ☐ 6 ☐ 5	☐ 8 ☐ 7 ☐ 6 ☐ 5	☐ 8 ☐ 7 ☐ 6 ☐ 5	☐ 8 ☐ 7 ☐ 6 ☐ 5	☐ 8 ☐ 7 ☐ 6 ☐ 5

Nota: M-1 (Medición 1), M-2 (Medición 2), M-3 (Medición 3), M-4 (Medición 4), M-5 (Medición 5), M-6 (Medición 6).

Anexo 3. Glosario con definiciones y criterios específicos por indicadores

INDICADOR 1	Estructura y función familiar

La tabla de ítems y descriptores es la siguiente:

I1	ESTRUCTURA Y FUNCIÓN FAMILIAR
1	**Vive en pareja y/o familia** y hay hijos/as u otros familiares que ayudan.
2	**Vive en pareja y/o familia** de edad similar, haya o no hijos/as u otros familiares que ayuden.
3	**Vive en pareja y/o familia** con dificultades de capacidad y/o disponibilidad y/o disposición para cuidarlo/a y/o que presta cuidados de larga duración. **Vive solo/a** y hay hijos/as u otros familiares que ayudan.
4	**Vive solo/a** y hay hijos/as u otros familiares con dificultades de capacidad y/o disponibilidad y/o disposición para cuidarlo/a.
5	**Vive solo/a** con familia distante (físicamente o afectivamente) o no hay familiares ni cuidadores/as. **Falta de cuidados,** con o sin convivencia con los familiares.

1) Definición del indicador

El indicador «Estructura y función familiar» valora y mide la interacción entre la estructura familiar y la función de ayuda de la familia en la satisfacción de las necesidades de sus miembros, así como los condicionantes para poder ejercerla.

La estructura familiar es la parte nuclear de la red social de una persona (conjunto de relaciones e interacciones que la persona puede tener) y a través de la cual puede obtener el apoyo y la ayuda que pueda necesitar. Incluye como elementos definitorios los que se desprenden de la lectura de un genograma (extensión, localización, convivencia, edad de sus miembros, etc.).

La función familiar, de manera amplia, se refiere al conjunto de actuaciones que la familia realiza para satisfacer las necesidades de sus miembros. Las características de la ayuda se valoran y miden en el indicador I3.

2) Definición de conceptos y descriptores

Familia

Grupo social organizado como un sistema abierto, formado por diversos miembros vinculados por lazos de parentesco derivados de vínculos de consanguinidad, afinidad, adopción, matrimonio o cualquier otra relación estable de afectividad análoga que ejerza las funciones y los roles familiares (socialización, afecto, cuidado y estatus). En muchos casos a la vez se da la convivencia entre algunos de sus miembros (núcleo de convivencia).

Partiendo de esta definición, cuando en el ítem 5 se menciona el concepto de «cuidadores» se entienden como las personas que, aunque no tienen vínculos de consanguinidad con la persona mayor, ejercen o pueden ejercer potencialmente funciones y roles familiares (socialización, afecto, cuidado y estatus).

Convivencia

Se entiende este concepto como sinónimo de «vivir con», en el sentido de que los miembros del núcleo de convivencia comparten el domicilio, viven bajo el mismo techo y pasan diversas horas juntos a lo largo del día, ya sean diurnas o nocturnas. Por el contrario, las situaciones en que existe un timbre que conecta con la casa de los hijos o similar, no se considera convivencia.

Dificultades para ejercer la función de cuidado y ayuda familiar

Estas dificultades pueden tener que ver con las siguientes situaciones:

a. *Convivencia con personas de edad similar (ítem 2).* Se refiere a las dificultades de un núcleo de convivencia compuesto exclusivamente por personas mayores de edad similar. En este caso lo que se valora como factor de riesgo es que todas las personas del núcleo de convivencia son de edad avanzada o con condiciones de fragilidad. Tiene sentido porque desde la perspectiva de la atención en Geriatría, si la persona usuaria es mayor, habitualmente el cónyuge también lo es, y puede estar afectado por problemas propios de la edad avanzada. Se puede asimilar a cualquier situación en que un núcleo de convivencia está exclusivamente formado por personas mayores (por ejemplo: dos hermanos, primos, tíos/sobrinos, etc.).

b. *Dificultades de capacidad (ítems 3 y 4).* Incluiría personas cuidadoras con pocos recursos personales (educación, cociente intelectual bajo, dificultades de manejo en el entorno, problemas físicos o de salud que les puedan dificultar o impedir hacerse cargo de las atenciones que necesita la persona usuaria).

c. *Dificultades de disponibilidad (ítems 3 y 4).* Se refiere a la familia que tiene otras obligaciones laborales, familiares y/o personales que no le permiten

ejercer la función de ayuda. Tiene que ver con aspectos organizativos familiares y también de localización (distancia del lugar de residencia)

d. *Dificultades de disposición (ítems 3 y 4).* Se refiere a la familia que no tiene voluntad de cuidar a la persona usuaria. Tiene que ver con problemáticas familiares más profundas de tipo relacional, afectivo, etc. que pueden haber generado conflictos relacionales

e. *Proveer cuidados de larga duración (ítem 3).* Una de las dificultades familiares más importantes derivadas del cuidado de personas mayores es el agotamiento físico y emocional cuando los cuidados y el apoyo se han estado ejerciendo durante un tiempo largo. Las condiciones para considerar que la familia está ejerciendo cuidados de larga duración son, en este orden:
    - Existe una dedicación real directa con horas de atención directa por parte de las personas cuidadoras.
    - La atención a la persona usuaria usuario se ha estado prestando durante un tiempo moderadamente largo de atención continuada (a partir de seis meses).

    Siguiendo estas dos premisas, las situaciones en que se valora cansancio de la persona cuidadora, tanto en grado moderado como alto, se incluirían en este descriptor ya que clasifica un nivel de riesgo moderado. La situación de más intensidad de cuidados que puede haber acabado desbordando las capacidades cuidadoras de la familia se recoge en el indicador I3-ítem 4 (requiere ayuda, la recibe y es insuficiente).

    El concepto de sobrecarga es multidimensional y complejo. La forma de medirla está ampliamente desarrollada y si, una vez aplicada la Escala TSO, se ve necesario profundizar en ella, se puede realizar una valoración específica con instrumentos *ah-hoc* (ver anexo 5).

    Respecto a las *situaciones de convivencia itinerante* de la persona con diferentes familiares, aunque se asegura la convivencia de la persona mayor con otras personas, los cambios frecuentes de personas cuidadoras directas y de entornos físicos se consideran un factor de riesgo clásico en poblaciones vulnerables. Si se da el caso, se seleccionará el ítem 3, ya que existe convivencia y dificultades.

Vivir solo/a (ítems 3, 4 y 5)

Se considera que una persona vive sola si no hay ningún familiar que comparta el domicilio con ella, aunque pueda tener personas cuidadoras externas renumeradas que la atiendan, ya que no son parte de la estructura familiar (la ayuda de una persona cuidadora externa renumerada se considerará en el indicador I3 relativo a la ayuda informal y/o formal recibida).

En el caso de que una persona viva sola, la valoración tiene que situarse siempre en los ítems 3, 4 ó 5.

El ítem 3 no sólo permite clasificar la situación de personas que viven en pareja y/o familia, sino también la situación de la persona que, aunque la persona viva sola, los miembros de su familia ejercen funciones de cuidado (están implicados, le dedican horas, se combinan entre ellos para cubrir las horas del día, etc.).

El ítem 4 recoge la situación de vivir solo/a y que existe una familia con dificultades para atender a la persona, y el ítem 5 corresponde a vivir solo/a, pero cuando la familia ya no se implica en la atención o no existe familia que pueda ocuparse de la persona usuaria

Puede haber casos de usuarios que rechacen la ayuda. En este caso, el efecto sobre la situación de la persona es la carencia de cuidados y la situación se clasificará en el ítem 5.

Falta de cuidados

Se entiende la ausencia de cuidados como la falta o privación de cuidados cuando éstos son imprescindibles y necesarios. Puede estar relacionada con dos situaciones: la inexistencia de cuidadores/as familiares (estructura familiar) o déficits en los cuidados de la familia (función familiar).

En el contexto de la entrevista, será necesario recoger especialmente información sobre las acciones de cuidado dirigidas tanto a la cobertura de las necesidades básicas e instrumentales, como a las afectivas y de información y consejo, ya que cuando se observen déficits evidentes en las mismas, pueden ser indicadores de situaciones de conflicto o abuso, aspectos ambos que podrian quedar reflejados en el ítem 5 «Falta de cuidados».

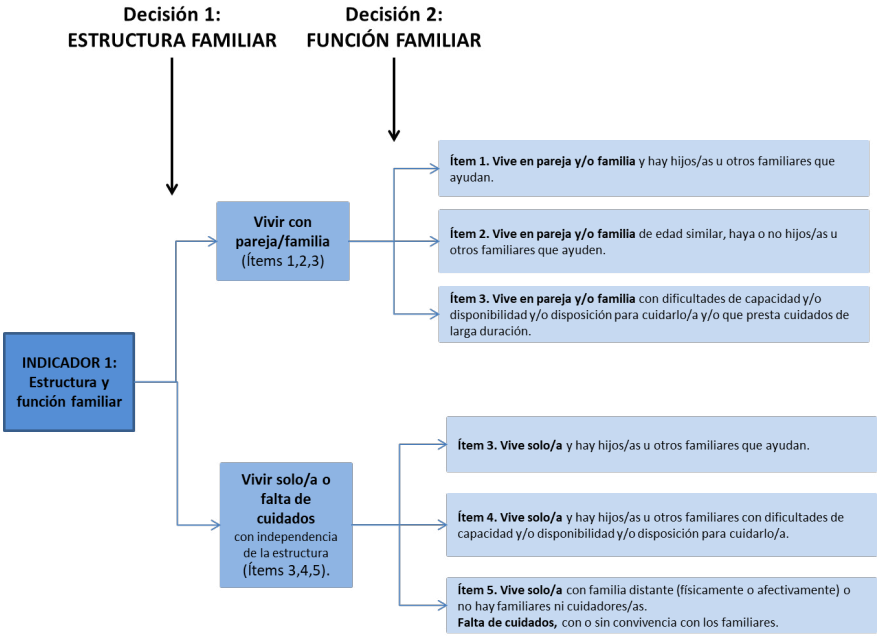
3) Instrucciones para la valoración y el registro

La sistemática ha de ser la siguiente:

(1) Valorar primero la **estructura** (descriptores en negrita) que puede ser con convivencia estable en pareja y/o con familiares (ítems 1, 2, 3) o bien vivir solo/a y/o con familiares, pero con falta de cuidados (ítems 3, 4, 5).

(2) Valorar la **función de ayuda o cuidado familiar**: si no existen dificultades para ejercer la función (ítem 1), si éstas existen (ítems 2, 3, 4) o si no se ejerce la función (ítem 5). Se escogerá el ítem definitivo a partir de la descripción de las características de la función de ayuda familiar según el tipo de estructura familiar.

Ilustración 3. Árbol de decisiones para el indicador I1 «Estructura y función familiar»



INDICADOR 2	Contactos sociales

La tabla de ítems y descriptores es la siguiente:

I2	CONTACTOS SOCIALES
1	**Contactos sociales** periódicos (> una vez/semana) fuera del domicilio y participación en redes amplias de contactos/actividades.
2	**Contactos sociales** periódicos (> una vez/semana) fuera del domicilio con familiares, vecinos/as u otras personas, derivados de la realización de actividades instrumentales (comprar, ir al banco, etc.) u otras (visitas médicas, etc.) que le son necesarias.
3	**Contactos sociales** periódicos (> una vez/semana) dentro o fuera del domicilio sólo con la familia y/o con un ámbito de relación restringido.
4	**Contactos sociales** puntuales (≤ una vez/semana y/o irregulares) sólo en el domicilio con la familia y/o con un ámbito de relación restringido.
5	**Sin contactos sociales**: no recibe visitas, no sale a la calle y/o aislamiento social.

1) Definición del indicador

El indicador «Contactos sociales» valora y mide si la persona mantiene relaciones sociales en su entorno informal (incluyendo las que se dan dentro y fuera del núcleo de convivencia) y, si las mantiene, la frecuencia y contenido que tienen.

Les relaciones sociales que se dan en el contexto de la utilización de recursos formales (SAD, centros de día, etc.) no tendrán la consideración de contactos, ya que habitualmente no suelen estar vinculadas a una voluntariedad/iniciativa de la persona, sino que han estado recomendadas dentro de un plan de trabajo de apoyo a las necesidades y que se valora y mide en el indicador I3.

2) Definición de conceptos y descriptores

Contactos periódicos

Se considera que las relaciones son periódicas si se dan más de una vez por semana (> 1 vez/semana).

Contactos puntuales

Se considera que las relaciones son puntuales si se dan sólo una vez por semana como máximo y/o de forma irregular en el tiempo (≤ 1 vez/semana y/o irregulares).

Participación en redes amplias de contactos y/o actividades (ítem 1)

Se incluirían las personas que acceden a redes sociales amplias de tipo grupal como las propias de asociaciones, centros comunitarios de personas mayores (clubs de convivencia, hogares, centros municipales, etc.), grupos específicos (corales, costura, etc.). Las personas usuarias muestran voluntad y actúan para ampliar y mantener contactos sociales amplios más allá de su familia. Se valora la relación por sí misma.

Contactos con finalidades funcionales o instrumentales (ítem 2)

Se incluirían las personas que, aun teniendo contactos periódicos fuera de su domicilio, éstos están más relacionados con aspectos funcionales, o sea, porque deben realizar actividades (hacer la compra, ir al médico, etc.) imprescindibles o que les son necesarias.

Contactos restringidos en el domicilio, ámbito relacional muy reducido (ítems 3 y 4)

Se considera ámbito de relación restringido tener como máximo tres personas de contacto, que no son del entorno familiar ni vinculas a la utilización de servicios formales. Podrían ser vecinos, amigos, voluntarios o miembros de la red informal sin parentesco directo con la persona evaluada. La diferencia entre los ítems 3 y 4 la marca la periodicidad de los contactos.

Sin contactos (ítem 5)

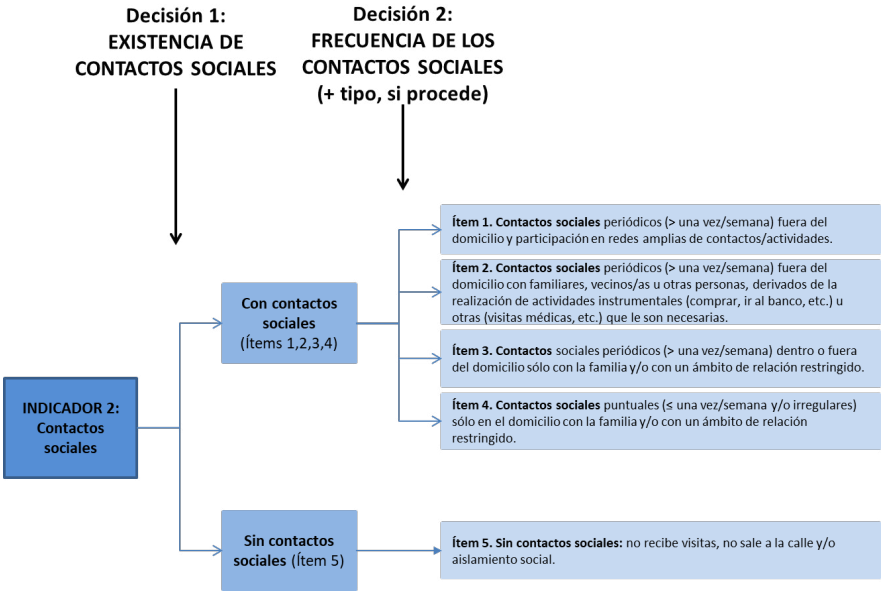
Identifica la ausencia de relaciones sociales. Se incluye el concepto de aislamiento social para poder clasificar aquí aquellas situaciones en que diferentes circunstancias (por ejemplo, la falta de red social, la falta de voluntariedad, las situaciones de aislamiento forzoso provocadas per terceros, etc.) tienen como resultado que los contactos sean prácticamente nulos.

3) Instrucciones para la valoración y el registro

La sistemática ha de ser la siguiente:

(1) Valorar primero **la existencia de contactos sociales** (ítems 1, 2, 3 y 4) o no (ítem 5).
(2) Segundo, valorar la **frecuencia** de los contactos sociales: si son periódicos (ítems 1, 2 y 3) o puntuales (ítem 4). Si los contactos son periódicos, habrá que determinar de qué tipo son a partir de los descriptores de la Escala: sociales-amplios (ítem 1), sociales-funcionales (ítem 2) o familiares-relacionales restringidos (ítem 3).

Ilustración 4. Árbol de decisiones para el indicador I2 «Contactos sociales»



INDICADOR 3	Ayuda necesitada y recibida de la red de recursos formales y/o informales en las AVD

La tabla de ítems y descriptores es la siguiente:

I3	AYUDA NECESITADA Y RECIBIDA DE LA RED DE RECURSOS FORMALES Y/O INFORMALES EN LAS AVD
1	**No requiere ayuda.**
2	**Requiere ayuda** y la recibe de la red informal y/o formal y es suficiente.
3	**Requiere ayuda** y la recibe en su mayor parte de una persona cuidadora externa (privada) y es suficiente, independientemente de que esté o no complementada por la red informal y/o formal.
4	**Requiere ayuda** y la recibe de la red informal y/o formal y es insuficiente.
5	**Requiere ayuda** y no tiene apoyo de la red de recursos (formal/informal) y/o no se puede ejercer.

1) Definición del indicador

El indicador valora y mide el balance entre la ayuda que necesita la persona y la que recibe en la cobertura de les actividades de la vida diaria (AVD) por parte de proveedores informales (familia incluida) y/o formales.

Se valora la «ayuda» y no el «apoyo social» porque este último es un concepto multidimensional en sí mismo, que incluye tanto aspectos objetivos de cobertura de necesidades en distintas áreas (emocional, informacional, instrumental, estimulación social), como también la percepción subjetiva que tiene el sujeto que las recibe. La Escala valora la cobertura de las **necesidades del área instrumental** (ayudas tangibles, AIVD, ABVD, presencia, colaboración económica para cubrir necesidades etc.), ya que los déficits en su cobertura marcan la línea roja de la capacidad de vivir de manera independiente de la persona mayor al poner en riesgo la cobertura de las necesidades básicas

El balance entre la asistencia provista por los dos sistemas (informal y formal) y su complementariedad es un aspecto característico de la provisión de servicios a las personas mayores en las sociedades contemporáneas. En nuestro contexto es especialmente significativa la ayuda directa que provee la red informal, la familia en especial, tanto por razones culturales como por las características de nuestro modelo de estado de bienestar.

2) Definición de conceptos y descriptores

Actividades de la vida diaria (AVD)

Se definen como «las tareas más elementales de la persona, que le permiten desenvolverse con un mínimo de autonomía e independencia, tales como: el

cuidado personal, las actividades domésticas básicas, la movilidad esencial, reconocer personas y objetos, orientarse, entender y ejecutar órdenes o tareas sencillas» (Ley 39/2006, de 14 de diciembre)[5]. Incluyen tanto las actividades básicas como las instrumentales.

Actividades básicas de la vida diaria (ABVD)

Se definen como las actividades de autocuidado personal. Incluyen: comer por sí mismo/a, lavarse (*toilette* y baño), vestirse, ir al WC, continencia urinaria y fecal (Boucher, 1989)[6].

Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)

Se definen como aquellas actividades necesarias para sobrevivir como individuo en un entorno comunitario. Incluye las actividades siguientes: cocinar, limpiar/cuidado básico del hogar y la ropa, comprar, uso del dinero, uso del transporte, uso del teléfono, administración de la medicación (Lawton & Brody, 1969)[7].

No requiere ayuda

La persona mayor es independiente y no necesita de nada ni de nadie en la realización de las actividades instrumentales (AIVB) y/o básicas (ABVD) de la vida diaria

Requiere ayuda

La persona mayor no es completamente independiente en su vida cotidiana y para cubrir sus necesidades necesita una recepción directa de cuidados y atenciones por parte de otra/as persona/as en la realización de las actividades instrumentales (AIVD) y/o básicas de la vida diaria (ABVD).

Aunque la limpieza del hogar está dentro de las AIVD, no es extraño que se delegue a personas que realizan apoyo doméstico puntual o periódico, aspecto habitual también en población general. En los casos en que la ayuda necesitada y recibida sea exclusivamente de este tipo, marcaremos el ítem 2 si es suficiente y el ítem 4 si es insuficiente.

5. Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia (BOE n.º 299 de 15/12/2006), p. 3553, artículo 2.
6. Boucher, R. (1989). Nursing Process. En S. Dittmar (Ed.), *Rehabilitation Nursing Process and application* (pp. 45-62). St. Louis: C.V. Mosby. Citado en Pearson V.I. (2000). Assessment of function in Older Adults. En R.L. Kane & R.A. Kane (Eds.), *Assessment of Older Persons. Measure, meaning and practical applications* (pp. 17-48). Nueva York (NY): Oxford University Press. Pag. 18.
7. Lawton, M. P. & Brody, E.M. (1969). Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*, 9(3), 179-186.

Red informal

«Red social que agrupa miembros de una red social primaria (unidad de vida social que agrupa a personas enlazadas por lazos familiares, de amistad, vecinales o laborales) con la finalidad de resolver las necesidades o las dificultades de personas y familias a partir de la actividad de voluntariado o de manera solidaria no organizada» (*Diccionari de Serveis Sociales*. Term-cat)[8].

Cuidado informal

«El cuidado y atenciones que se dispensan de manera altruista a las personas que presentan algún grado de discapacidad o dependencia, fundamentalmente por sus familiares y parientes próximos, pero también por otros agentes o redes distintas de los servicios formalizados de atención» (Rodríguez Rodríguez, 2006: 152)[9]. Así, cuando hablamos de cuidado informal, nos referimos de forma general a la ayuda que procede de las relaciones sociales de los individuos

A partir de esta conceptualización, no se consideraría cuidado informal el que ofrecen personas cuidadoras externas contratadas por las familias, directamente o a través de empresas de servicios (hay contraprestación económica, no voluntariado).

Red formal

«Red social que da apoyo a personas y familias constituida por instituciones oficiales o bien profesionalizadas, de acuerdo con las funciones de estas instituciones» (*Diccionari de Serveis Socials*. Term-Cat)[10].

Cuidado formal

Son «las acciones que un profesional ofrece de forma especializada y que van más allá de las capacidades que tienen las personas de cuidarse a sí mismas o a los otros» (Francisco & Mazarrasa, 1995: 62)[11]. Sería toda la ayuda que se da a personas que la necesitan para las actividades de vida diaria (instrumentales y básicas) que incluya los criterios siguientes: relación contractual (oral o escrita), entre el proveedor y el receptor de la ayuda y que es proporcionada a través de una organización (institución pública, empresa o entidades

8. Departament de Benestar i Família; Termcat, Centre de Terminologia. *Diccionari de serveis socials* [en línia]. Barcelona: Termcat, Centre de Terminologia, cop. 2010. (Diccionaris en Línia). Disponible en http://www.termcat.cat/es/Diccionaris_En_Linia/118/

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

10. Departament de Benestar i Família; Termcat, Centre de Terminologia. *Diccionari de serveis socials* [en línia]. Barcelona: Termcat, Centre de Terminologia, cop. 2010. (Diccionaris en Línia). Disponible en http://www.termcat.cat/es/Diccionaris_En_Linia/118/

11. Francisco Del Rey, C. y Mazarrasa L. (1995). Cuidados informales. *Revista Rol de Enfermeria*, 18(2), 61-65.

sin ánimo de lucro), que se puede proveer a cualquier persona que cumpla los criterios de acceso establecidos por las instituciones públicas y/o pueda pagarla, que tiene como rasgo distintivo la preparación que tiene el proveedor para las tareas de cuidado que realiza (a veces más especializadas que las del cuidado informal) y la neutralidad afectiva del proveedor hacia el receptor de la atención (Rogero García, 2010)[12].

El acceso a la red de recursos formales siempre implica que ha habido una valoración de profesionales del sistema de protección y que se ha orientado a y concretado el recurso correspondiente (servicio de ayuda a domicilio, centro de día, etc.).

En la aplicación de la Escala no se considera el servicio de teleasistencia como recurso formal, ya que, en lo que respecta a aplicación y finalidad, su instalación está más dirigida a detectar situaciones excepcionales o de emergencia (caídas, problemas, etc.) y no a la cobertura de necesidades de ayuda para las AIVD y ABVD.

Suficiencia/insuficiencia de la ayuda

De acuerdo con los criterios genéricos de valoración (apartado 5.1), la valoración sobre si la ayuda es suficiente o insuficiente para la cobertura de las necesidades de la persona mayor se hará según el criterio profesional del trabajador o de la trabajadora social y no según la percepción que tengan la persona usuaria o su familia.

Para hacer esta valoración con el máximo de objetividad, se considerará que la ayuda es suficiente si las acciones de cuidado que realizan las redes formales y/o informales cubren adecuadamente, en cantidad y calidad, la vertiente de ayuda (AIVD y ABVD), que es la que permite un entorno de atención seguro

Atención por parte de una persona cuidadora externa (ítem 3)

Puede aplicarse a dos situaciones

- *Persona cuidadora externa contratada vinculada a una empresa legalizada de servicios personales* (donde realizan el proceso de selección, formación del personal, ofrecen garantía en la cobertura, tienen un profesional de referencia, etc.) a las que la familia puede haber acudido por su cuenta o a partir de una valoración u orientación profesional ante las necesidades y los deseos personales y/o familiares detectados
- *Persona cuidadora externa no vinculada a ninguna empresa de servicios,* donde es la familia quien contrata una persona cuidadora externa (de

12. Rogero Garcia, J.R. (2010). *Los tiempos del cuidado. El impacto de la dependencia de los mayores en la vida cotidiana de sus cuidadores*. Madrid: IMSERSO. Recuperado de http://www.ceadac.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/12011tiemposcuidado.pdf

forma legal como servicio doméstico o en economía sumergida) para el cuidado de la persona mayor.

En ambas situaciones se considera que el cuidado se ejerce por horas de atención diurna o nocturna, o con dedicación análoga a una jornada laboral y también por atención continuada de 24 horas (cuidador/a interno/a), tanto para la atención de las AIVD como también de las ABVD.

La atención por parte de una persona cuidadora externa implica siempre una contraprestación económica por sus servicios por parte de la persona usuaria y/o de la familia. Se clasifica de riesgo moderado (ítem 3) por que, tanto si lo ofrece una empresa de servicios personales como si no, este tipo de provisión de servicios se suele dar en situaciones de cobertura de necesidades moderadas/altas en las que es importante que exista una supervisión/implicación por parte de la misma persona y/o la familia sobre la manera como se está realizando la cobertura de las mismas y por tanto, tienen un papel en la coordinación y dirección del proceso de cuidado.

Ítem 4

Lo que define este ítem es que la ayuda recibida no es suficiente, independientemente de la fuente (red informal, red formal, cuidador/a, combinadas, etc.) y de la intensidad, y que, por tanto, el riesgo social es elevado.

Ítem 5

El descriptor «No se puede ejercer la ayuda» se refiere a situaciones conocidas por la familia y/o los servicios sociales o incluso con recursos formales instaurados (SAD, por ejemplo), pero en las que o bien el usuario rechaza la ayuda o, aun aceptándola, en la práctica la prestación del servicio/recurso es muy irregular (la persona usuaria no abre la puerta o no está, etc.).

Hay que tener en cuenta que esta situación no está necesariamente vinculada a situaciones de vulnerabilidad social o exclusión, ya que sería también aplicable a los casos de no reconocimiento de la necesidad por parte de la persona usuaria. Por ejemplo: personas con demencia inicial o moderada con anosognosia o no aceptación o rechazo de ayuda por otros motivos (culturales, preservación de la intimidad, etc.).

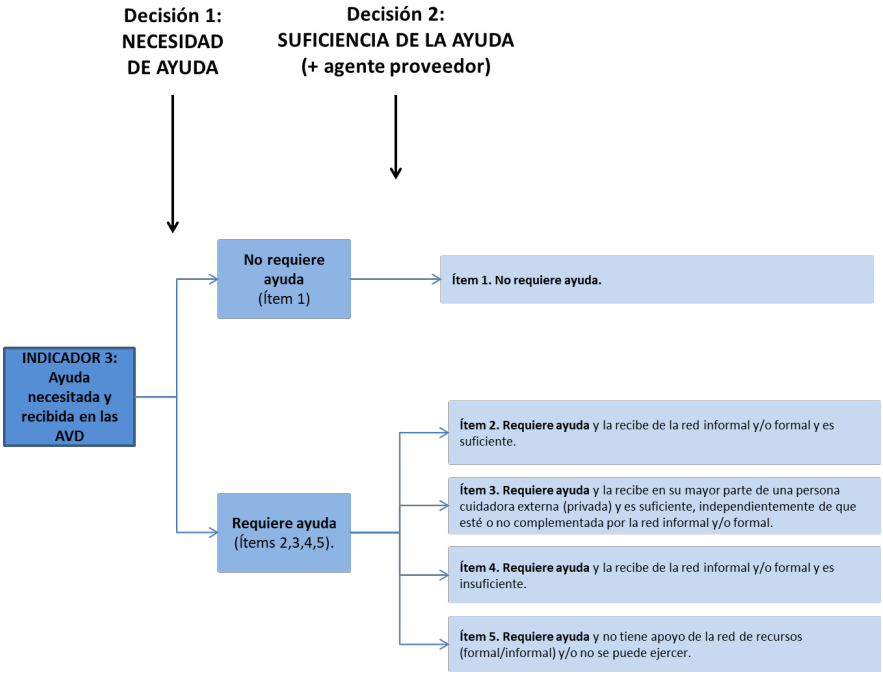
3) Instrucciones para la valoración y el registro

La secuencia de la valoración ha de ser la siguiente:

(1) El primer aspecto a valorar es la **necesidad de ayuda** (ítems 2, 3, 4, 5) o no (ítem 1).

(2) En segundo lugar, se valora la **suficiencia de la ayuda**: si es suficiente (ítems 2 y 3**),** insuficiente (ítem 4) o no existe la ayuda o no se puede ejercer (ítem 5) y, si es el caso, el agente que provee la ayuda.

Ilustración 5. Árbol de decisiones para el indicador I3 «Ayuda necesitada y recibida en las AVD»



INDICADOR 4	Ingresos económicos

La tabla de ítems y descriptores es la siguiente:

I4	INGRESOS ECONÓMICOS
1	Más de dos veces el Indicador Público de Renta de Efectos Múltiples (IPREM). (> 2 IPREM)
2	Entre una vez y media y dos el IPREM. (> 1,5 IPREM ≤ 2 IPREM)
3	Entre una vez y una vez y media el IPREM (> 1 IPREM ≤ 1,5 IPREM)
4	Igual o inferior a 1 vez el IPREM. (≤ 1 IPREM)
5	Sin ingresos fijos.

1) Definición del indicador

El indicador «Ingresos económicos» mide *una parte* de les recursos materiales básicos vinculados a la cobertura de las necesidades de subsistencia. Se incluirán únicamente los *ingresos mensuales netos periódicos* del sistema de provisión público (pensiones y/o prestaciones, clases pasivas, prestaciones derivadas de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia) y/o de sistemas de provisión privada (seguros, planes de pensiones que se rescaten en forma de pensión, etc.).

Sólo se tendrá en cuenta los ingresos mensuales de la persona evaluada (no de los miembros con los que conviva, ya sea pareja, familia, otros, etc.) y se excluirán el resto de ingresos personales (rentas del capital mobiliario y/o inmobiliario, bancarias, alquileres, etc.). En el cálculo de los ingresos netos mensuales tampoco se aplicará ningún criterio de descuento en concepto de gastos que, por diversas circunstancias, pudieran estar reduciendo el volumen global de ingresos disponibles (por ejemplo, mantener a otro miembro de la familia, tener embargada parte de los ingresos por sentencia judicial etc.).

El Indicador valora los ingresos como un «potencial económico básico» de la persona evaluada y no su *situación económica global,* que es un concepto más amplio (incluiría el balance ingresos-gastos, ahorros, etc.), en el que sería necesaria una valoración y comprobación documental exhaustiva y que está vinculada al diagnóstico social.

Como cualquiera de los indicadores de la Escala, si en el contexto del plan de trabajo se ve que la situación económica puede ser determinante, habría que hacer una valoración más a fondo con los procedimientos habituales del servicio (entrevista, análisis documental),

La Escala es un instrumento de evaluación rápido y de primera aproximación y se asume que es mejor tener un falso positivo por los factores económicos que por el resto de indicadores.

En principio, la información económica será la que nos facilite la persona y/o familia. Puede darse el caso que por las circunstancias de trabajo se disponga de información documental de los ingresos (calculadora de LAPAD o certificados de pensiones, etc.), pero no se pedirá explícitamente para hacer la comprobación de la información facilitada.

El indicador de la renda es el IPREM mensual, para que la valoración del indicador económico sea rápida, sin necesidad de hacer cálculos y para que sea un indicador común a todo el territorio del Estado español.

2) Definición de conceptos y descriptores

Indicador Público de Renta de Efectos Múltiples (IPREM)

Es el Índice que se estableció en 2004 para sustituir el Salario Mínimo Interprofesional (SMI), que hasta ese momento se tenía en cuenta como el referente para el acceso a las ayudas públicas. El IPREM se publica anualmente en la Ley estatal de presupuestos, de manera que hay que actualizar anualmente las cuantías aprobadas oficialmente

Ingresos

Importe mensual neto o suma de los importes mensuales netos periódicos que tiene la persona, procedentes del sistema de provisión público (pensiones y/o prestaciones, clases pasivas, incluidas las derivadas de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia) y/o de sistemas de provisión privada (seguros, planes de pensiones que se rescaten en forma de pensión, etc.).

3) Instrucciones para la valoración y el registro

Como se trata de una variable única para cada ítem, sólo es necesario hacer la suma de los importes que la persona dice que ingresa mensualmente y situarla en el tramo que le corresponda.

ⓘ *Recuerde: Si se hace la valoración a partir de una tabla de cuantías absolutas, es necesario actualizarlas anualmente para registrar a la persona adecuadamente en el tramo.*

INDICADOR 5	Vivienda

La tabla de ítems y descriptores es la siguiente:

I5	VIVIENDA
1	**Adecuada**: Dispone de todos los suministros (agua, luz y gas o forma de cocción alternativa), equipamientos (calefacción, baño, teléfono y ascensor, si fuera necesario) y adaptaciones para las barreras arquitectónicas internas y/o externas.
2	**Inadecuada**: Barreras arquitectónicas externas y/o falta algún equipamiento de la lista anterior.
3	**Inadecuada**: Barreras arquitectónicas internas en el domicilio.
4	**Inadecuada**: Falta uno o más suministros y/o dos o más equipamientos y/u otras condiciones inadecuadas de la vivienda (humedades, descuido, falta de higiene, etc.).
5	**Inadecuada**: Ausencia de vivienda, infravivienda (chabola, vivienda en ruinas) o pérdida inminente de la vivienda.

1) Definición del indicador

El indicador «Vivienda» valora y mide la existencia de dificultades sociales relacionadas con la exclusión residencial que pueden derivar en situaciones que limiten el nexo de unión entre la persona y su espacio físico y social

En la literatura, la vivienda y los ingresos se contemplan dentro del grupo de necesidades materiales/instrumentales vinculadas al área de subsistencia personal.

2) Definición de conceptos y descriptores

Vivienda

La valoración de la vivienda está basada en tres condiciones: la confortabilidad básica y la seguridad (que se aseguran con suministros, equipamientos y adaptaciones) y la accesibilidad (interior y exterior).

Las barreras exteriores que no pueden superarse pueden tener un efecto aislador para las relaciones personales, así como para acceder a los contactos funcionales o a algunos servicios formales (centro de día, centros de convivencia, clubs de tercera edad, hogares de jubilados, etc.).

Suministros

Son el agua potable, la electricidad y el gas u otra forma de cocción alternativa. Constituyen los aspectos más básicos que permiten la habitabilidad de un espacio.

Calefacción

Incluye cualquier sistema de los habituales para calentar la vivienda que asegure un ambiente de confort ambiental. Los estándares son radiadores, placas eléctricas radiantes o de aire, estufas, gas butano, etc.

Equipamientos

Son elementos que aportan confortabilidad, higiene, seguridad y comunicación. Los estándares son el baño, el ascensor y el teléfono.

Adaptaciones

Cualquier elemento, ya sea fijo, ayuda técnica o prestación ortopédica, que permita superar barreras arquitectónicas externas o internas y facilite el manejo personal de la persona con necesidades derivadas de la dependencia.

Se valora la vivienda tal como es, con material de adaptaciones o ayudas técnicas que tenga instalado en la fecha de valoración.

Vivienda adecuada (ítem 1)

Consideramos que una vivienda es adecuada cuando tiene las tres categorías cubiertas: suministros, equipamientos y adaptaciones, si son necesarias. Si hay barreras arquitectónicas internas o externas, pero hay instaladas las ayudas técnicas o adaptaciones que faciliten el manejo, la vivienda se considera adecuada

Vivienda inadecuada (ítems 2, 3, 4 y 5)

Describe distintas formas de inadecuación, a partir de «restar» elementos de accesibilidad, de confortabilidad y de suministros básicos, con riesgo progresivamente más elevado, incluyendo la pérdida inminente de la vivienda (por falta de pago o bien por otras causas).

Vivienda con descuido o déficits de higiene

Por «descuido» nos referimos a situaciones de falta de higiene o salubridad, déficits importantes de orden y cuidado del espacio doméstico, acumulación de materiales y/u objetos

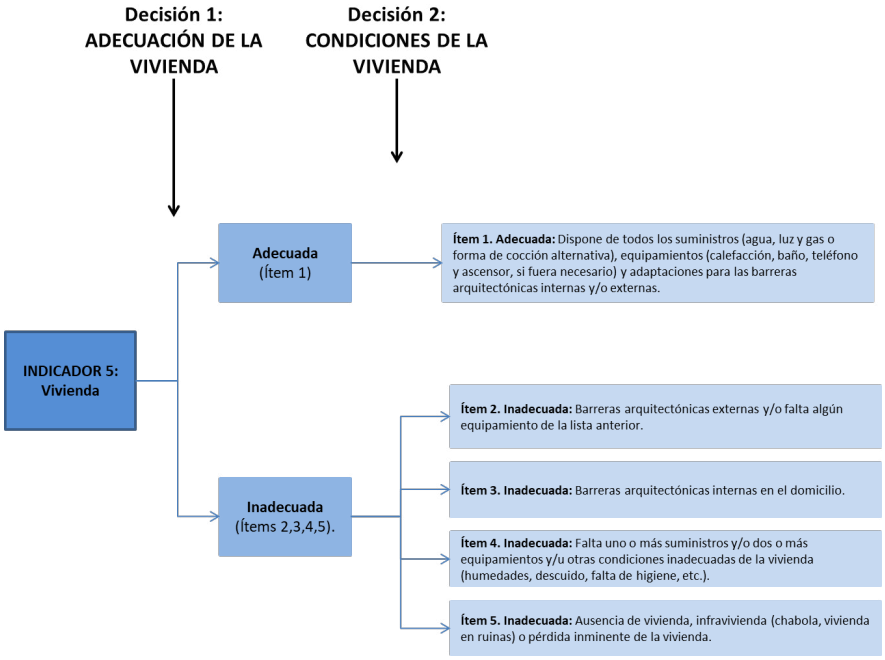
3) Instrucciones para la valoración y el registro

La secuencia de la valoración ha de ser la siguiente:

(1) El primer aspecto que es necesario valorar es la **adecuación de la vivienda** (ítem 1) o no (ítems 2, 3, 4, 5).
(1) En segundo lugar, las **condiciones de la vivienda** (suministros, equipamientos y barreras arquitectónicas) (ítems 2, 3, 4) o ausencia o pérdida

inminente de la vivienda o bien que no pueda ser considerada como tal (ítem 5), según las opciones proporcionadas por los diversos descriptores.

Ilustración 6. Árbol de decisiones para el indicador I5 «Vivienda»



Anexo 4. Preguntas frecuentes (FAQ)

1. ¿A quién se aplica la Escala TSO?

Los destinatarios de la Escala TSO son personas mayores de 65 años o más no institucionalizadas que residen de forma habitual en un entorno comunitario.

La Escala valora a una única persona usuaria. Es instrumento de valoración individual. Si existen personas cuidadoras que son también personas mayores y éstas también presentan dificultades propias, o dificultades en el cuidado de la persona a evaluar, se tiene que evaluar la situación individual de esta persona cuidadora, considerándola una persona usuaria diferenciada.

2. ¿Qué información se utiliza para la valoración de la situación del caso?

La valoración hay que hacerla siempre en un momento temporal determinado y en una situación estable por lo que se refiere a las necesidades. Habitualmente será la situación observada en la fecha en que se realiza la valoración o en un momento determinado en el pasado reciente (valoración basal) en el caso de que la situación esté cambiando

3. ¿Quién valora la situación de la persona?

El o la profesional que atiende a la persona será quien hará la valoración siguiendo su criterio profesional. La percepción subjetiva del usuario sobre la situación evaluada no se tiene en cuenta en la Escala.

4. ¿Qué recogen los descriptores?

Los descriptores son la relación de evidencias empíricas o datos concretos que describen la situación social de la persona que se está valorando y que están agrupados en diferentes ítems en función de un determinado nivel de riesgo.

Cada descriptor puede identificar una o diversas situaciones problemáticas que pueden estar separadas por signos de puntuación (coma o punto). Las situaciones descritas no tienen por qué darse todas a la vez en un caso determinado. Si sólo se cumple una de ellas, se puede seleccionar el ítem

donde se encuentra este descriptor, con independencia de las demás que se incluyan en el mismo ítem.

5. ¿Cuántas veces es necesario aplicar la Escala?

La valoración es única en un momento determinado, pero es preciso repetirla cada vez que se produzcan cambios. De esta forma, la Escala nos puede ofrecer medidas con perspectiva longitudinal.

6. ¿La Escala recoge todos los aspectos de la situación social valorada?

La Escala ofrece a las y los profesionales un enfoque de trabajo basado en dos aspectos centrales:

- La VALORACIÓN de necesidades, desde la perspectiva geriátrica, a partir de los factores de riesgo y de protección clásicos en Geriatría.
- La Escala ofrece una primera aproximación a las necesidades de la persona, orientando hacia qué áreas se debe profundizar en la valoración para llegar a formular el DIAGNÓSTICO SOCIAL y el plan de trabajo.

El presente documento incluye en el anexo instrumentos con los cuales se puede profundizar en la valoración de cada indicador y en el proceso diagnóstico (anexo 5).

7. ¿Qué indicador recoge la ayuda que prestan los familiares que viven en el núcleo de convivencia, los que no viven en él y la ayuda que la persona recibe desde el punto de vistea formal?

En el indicador I1 *Estructura y función familiar* se recoge la valoración de la ayuda que proporcionan los diferentes miembros de la familia, sean o no de la unidad de convivencia.

En el indicador I3 *Ayuda necesitada y recibida de la red de recursos formales y/o informales en las AVD* se recoge la valoración de si la ayuda es sólo de la familia y/o si es también de los recursos formales, así como también si ésta es suficiente o insuficiente.

8. ¿Cómo se clasifica la situación en la que la persona vive sola, pero existe un familiar viviendo en un espacio muy próximo y que proporciona ayuda?

El ítem 3 del indicador I1 *Estructura y función familiar* recoge no sólo la situación de personas que viven en pareja y/o familia, sino también la situación en la que, aunque la persona viva sola, los miembros de la familia ejercen funciones de cuidado (están implicados, le dedican horas, se combinan entre ellos para estar con la persona mayor y cubrir todo el día, etc.).

9.–¿Cómo se valora la situación de un núcleo de convivencia de dos personas mayores, en que una es la persona objeto de valoración y la otra se encuentra en una situación con necesidades similares y que ejerce el rol de cuidadora?

El ítem 2 del indicador I1 *Estructura y función familiar* («**Vive en pareja y/o familia** de edad similar, haya o no hijos/as u otros familiares que ayuden») recoge la situación en la que todas las personas del núcleo de convivencia son de edad avanzada o con condiciones de fragilidad y, a pesar de ello, una de ellas ejerce el rol de cuidadora de la otra. Si ésta no puede proveer el cuidado que necesita la persona valorada, escogeremos el ítem 3 del indicador I1 («**Vive en pareja y/o familia** con dificultades de capacidad y/o disponibilidad y/o disposición para cuidarlo/a y/o que presta cuidados de larga duración»).

10. ¿Cómo se recoge la situación de sobrecarga o agotamiento familiar en relación al cuidado?

El cansancio de la persona cuidadora se puede clasificar en el ítem 3 del indicador I1 *Estructura y función familiar*, con el descriptor «presta cuidados de larga duración».

11. ¿Cómo se valora el hecho que la persona sale a la calle exclusivamente para promover la movilidad, pero sin objetivos funcionales (ir a comprar, ir al médico…)?

En esta situación, se seleccionará el ítem 3 o el ítem 4 del indicador I2 *Contactos sociales*, en función de si estas salidas son periódicas (> 1 vez/semana) o son esporádicas (≤ 1 vez/semana)

12. ¿Cómo se clasifica la ayuda privada de una persona que lleva a cabo las funciones de limpieza de la vivienda de la persona?

Aunque la limpieza del hogar estaría dentro de las AIVD, es bastante común que se delegue en personas que ayudan en las tareas domésticas de forma puntual o periódica, un aspecto habitual también en la población general. En los casos en los que la ayuda que se necesita y la que se reciba sea exclusivamente de este tipo, se marcará el ítem 2 si es suficiente y el 4 si es insuficiente del indicador I3 *Ayuda necesitada y recibida de la red de recursos formales y/o informales en las AVD.*

13. ¿Cómo se recoge la situación de cuidador/a privado/a que provee atención 24 horas?

Se recoge en el descriptor «atención por parte de una persona cuidadora externa», ítem 3 del indicador I3 *Ayuda necesitada y recibida de la red de recursos formales y/o informales en las AVD.*

14. ¿Cómo se clasifican las situaciones en las que existen ingresos superiores a dos veces el IPREM, pero el uso que hace de ellos la persona deriva en que no puede cubrir sus necesidades básicas?

La Escala TSO recoge los ingresos económicos de la persona y no su situación económica (relación de ingresos y gastos, así como su gestión). Los ingresos económicos nos indican si existe potencial económico o dificultades económicas

15. ¿Se han de tener en cuenta los ahorros en el indicador I4 «Ingresos económicos»?

No.

16. ¿Se han de tener en cuenta las deudas en el indicador I4 «Ingresos económicos»?

No.

17. ¿Se ha de tener en cuenta que paga un alquiler o una hipoteca en el indicador I4 «Ingresos económicos»?

No.

Anexo 5. Instrumentos complementarios en la medición del funcionamiento social

Se facilitan las referencias bibliográficas de instrumentos validados traducidos al castellano que pueden ayudar a completar y/o profundizar el conocimiento global del indicador o de alguno de los descriptores incluidos. Se han seleccionado instrumentos que se han validado en población geriátrica o que, si se han validado en población general, existe experiencia y literatura científica en su aplicabilidad a población geriátrica.

En ausencia de instrumentos validados para profundizar en algunos indicadores, se incluyen herramientas para la recogida de datos estructurada y sistemática.

INDICADOR 1 Estructura y función familiar

Estructura

1. OARS-Social Resources Scale (Subescala de la OARS-Multidimensional Assessment Questionnaire)

Proporciona información sobre: estructura familiar, patrones de amistad, visitas sociales, disponibilidad de un confidente y de una persona que pueda proporcionar ayuda en caso de necesidad.

Instrumento multidimensional que permite profundizar tanto en el indicador «Estructura y función familiar» (incluidos los aspectos de riesgo por soledad o aislamiento social), como en el indicador «Ayuda necesitada y recibida» y en el de «Contactos sociales».

- Versión original (inglés)
  - Pfeiffer, E. (1975). *Multidimensional Functional Assessment, The OARS Methodology: A Manual.* Durham (NC): Duke University, Center for the Study of Aging and Human Development.
  - Fillenbaum, G.G. & Smyer, M. (1981). The development, validity and reliability of the OARS Multidimensional Functional Assessment

Questionnaire. *Journal of Gerontology*, 36(4), 428-434. https://doi.org/10.1093/geronj/36.4.428
    - Fillenbaum, G.G. (1988). *Multidimensional functional assessment of older adults: the Duke Older Americans Resources and Services procedures*. Hillsdale (NJ): Lawrence Erlbaum Associates.

- Versión en español
    - Grau Fibla, G., Eiroa Patiño, P., Gayuela Domínguez, A. (1996). Versión española del OARS Multidimensional Functional Assessment Questionnarie: adaptación transcultural y medida de validez. *Atención Primaria*, 17(8), 486-495. Recuperado de https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-version-espanola-del-oars-multidimensional-14256

Función familiar

2. Family Apgar

Mide la función familiar desde la perspectiva de la percepción de la persona que la recibe. Tiene cinco ítems tipo Likert y categoriza la función familiar en diferentes categorías de normofuncional a disfuncional grave.

- Versión original (inglés)
    - Smilkstein G. (1978). The family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians. *Journal of Family Practice*, 6(6), 1231-1239.
    - Smilkstein, G., Ashworth, C., Montano, D. (1982). Validity and reliability of the Family APGAR as a test of family function. *Journal of Family Practice*, 15(2), 303-311.

- Versión en español
    - Bellón, J.A., Delgado, A., Luna, J.D., Lardelli, P. (1996). Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar-familiar. *Atención Primaria*, 18(6), 289-295.

Sobrecarga de las personas cuidadoras derivada de la prestación de ayuda de larga duración

3. Escala Zarit

Escala autoadministrada de veintidós ítems tipo Likert que mide la carga derivada del ejercicio del cuidado en la persona cuidadora. En español hay validadas dos versiones reducidas de 7 ítems para su aplicación en atención primaria y en curas paliativas.

- Versión original (inglés)
  - Zarit, S.H., Reever, K.E., Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the Impaired Elderly: Correlates of Feelings of Burden. *Gerontologist*, 20(6), 649-655. https://doi.org/10.1093/geront/20.6.649

- Versión en español
  - Martín, M., Salvadó, I., Nadal, S., Laurindo, C., Mijo, L.C., Rico, Jm., Lanz, P., Taussig, M.I.(1996). Adaptación para nuestro medio de la escala de sobrecarga del cuidador (Caregiver Burden Interview) de Zarit. *Revista de Gerontología*, 6(4), 338-346.
  - Gort, A.M., March, J., Gómez, X., de Miguel, M., Mazarico, S., Ballesté, J. (2005). Escala de Zarit reducida en cuidados paliativos. *Medicina Clínica*, 124(17), 651-653. https://doi.org/10.1157/13074742
  - Regueiro Martínez, A.A., Pérez-Vázquez, A., Gómara Villabona, S.M., Ferreiro Cruz, M.C. (2007). Escala de Zarit reducida para la sobrecarga del cuidador en atención primaria. *Atención Primaria*, 39(4), 185-188. https://doi.org/10.1157/13100841

4. Caregiver Strain Index (Índice de esfuerzo del cuidador)

Escala de trece preguntas a la persona cuidadora con respuesta dicotómica que identifica aspectos afectados por la sobrecarga.

- Versión original (inglés)
  - Robinson, B.C. (1983). Validation of a Caregiver Strain Index. *Journal of Gerontoly*, 38(3), 344-348. https://doi.org/10.1093/geronj/38.3.344

- Versión en español
  - 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. Recuperado de http://www.index-f.com//comunitaria/1revista/1_articulo_12-17.php

Riesgos relacionados con la dependencia

5. Escala de Barber

Instrumento diseñado para detectar población geriátrica en riesgo en relación con aspectos de dependencia y en el ámbito comunitario. No está pensado para poder diseñar planes individuales de atención.

- Versión original (inglés)
  - Barber, J.H., Wallis, J.B., McKeating, E. (1980). A postal screening questionnaire in preventive geriatric care. *Journal of the Royal College*

of General Practitioners, 30(2010), 49-51. Recuperado de https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2159402/

- Versión en español
  - Larizgoitia, A., Larizgoitia, I. (1996). Adaptación en nuestro medio de una encuesta para la detección de ancianos con riesgo de dependencia. *Revista de Gerontología*, 6(4), 224-231.

Riesgos en relación con la soledad, aislamiento

6. Escala Filadelfia

Valora la calidad de vida midiendo el grado de satisfacción subjetivo de la persona mayor y la actitud frente al envejecimiento (la ansiedad y la insatisfacción con la soledad entre otras).

- Versión original (inglés)
  - Lawton M.P. (1975). The Philadelphia Geriatric Center Morale Scale: A Revision. *Journal of Gerontol*ogy, 30(1), 85-89. https://doi.org/10.1093/geronj/30.1.85

- Versión en español
  - Montorio Cerrato, I.M. (1990). *Evaluación psicológica de la vejez: instrumentación desde un enfoque multidimensional*. Tesis doctoral no publicada. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid. Recuperado de http://hdl.handle.net/10486/4577
  - Montorio Cerrato, I. e Izal, M. (1992). Bienestar psicológico en la vejez. *Revista de Gerontología*, 3, 145-154.
  - Montorio Cerrato, I. (1994). *La persona mayor. Guía aplicada de evaluación psicológica*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.

7. Escala ESTE

Escala diseñada para medir la soledad en personas mayores. Mide cuatro factores de soledad: soledad conyugal, soledad familiar, soledad existencial y soledad social. La versión más reciente es la ESTE-R (2010). También se ha desarrollado una versión denominada «ESTE II» (2009) que evalúa el factor «Soledad social».

- Versión original (español)
  - Rubio, R. y Aleixandre, M. (1999). La escala «ESTE», un indicador objetivo de soledad en la tercera edad. *Geriatrika. Revista Iberoamericana de Geriatría y Gerontología*, 15, 26-35.
  - Rubio-Herrera, R., Pinel, M., Rubio-Rubio, L. (2010). *La soledad en los mayores: una alternativa de medición a través de la escala ESTE.* Granada: Universidad de Granada. Recuperado de http://

envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/rubio-soledad-02.pdf

- Pinel Zafra, M., Rubio Rubio, L., Rubio Herrera, R. (2009). *Un instrumento de medición de la soledad social: Escala Este ll.* Granada: Universidad de Granada. Recuperado de http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/rubio-soledad-este2.pdf

Riesgos relacionados con maltratos, abusos, etc.

Las situaciones de carencia de cuidados pueden ser uno de los indicadores de riesgo de situaciones de abuso y maltrato.

8. Escala CASE

Se trata de un cuestionario breve de ocho preguntas con respuesta dicotómica afirmativa o negativa. Cuatro o más puntos sugerirían alto riesgo de abuso. Hay que investigar cada ítem afirmativo respondido.

- Versión original (inglés)
  - Reis, M., Nahmiash, D. (1995). Validation of the Caregiver Abuse Screen (CASE). *Canadian Journal of Aging,* 14(Suppl. S2), 45-60. https://doi.org/10.1017/S0714980800005584

- Versión en español
  - Pérez–Rojo, G., Nuevo, R., Sancho, M., Penhale, B. (2015). Validity and reability of the Spanish version of Caregiver Abuse Screen (CASE). *Research on Aging,* 37(1), 63-81. https://doi.org/10.1177/0164027514522275

9. Escala EASI

Cuestionario de cinco preguntas a realizar a la persona mayor más una sexta dirigida al o la profesional evaluador/a. Sólo se ha desarrollado un estudio de validez de contenido en la versión original. La EASI está adaptada lingüísticamente al castellano, pero no nos consta que tenga todavía el estudio de validez y fiabilidad completo.

- Versión original (inglés)
  - Yaffe, M.J, Wolfson, C., Lithwick, M., Weiss, D. (2008). Development and validation of a tool to improve Physician identification of Elder Abuse: The Elder Abuse Suspicion Index (EASI). *Journal of Elder Abuse & Neglect,* 20(3), 276-300. https://doi.org/10.1080/08946560801973168

- Versión en español
  - IMSERSO-SEGG-OMS (2007). *Malos tratos a personas mayores. Aportación española a los avances internacionales en la adaptación*

lingüística y cultural de un instrumento de detección de sospecha de maltrato hacia las personas mayores. Madrid: IMSERSO. Recuperado de http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/jmalostratosint.pdf

- Pérez-Rojo G., Izal M., Sancho M.T., Grupo de Investigación Trátame Bien (2010). Adaptación lingüística y cultural de dos instrumentos para la detección de sospecha de maltrato hacia las personas mayores. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 45(4), 213-218. https://doi.org/10.1016/j.regg.2010.03.001

10. Social Work Evaluation Form

No se trata de una escala sino de un formulario de valoración estandarizada de Trabajo Social para evaluar en profundidad a personas mayores en riesgo de maltrato. Tiene sesenta y siete preguntas y un tiempo de administración de una hora. Se utilizó para realizar el estudio de validación del EASI original en inglés.

- Versión original (inglés) y versión en español
  - IMSERSO-SEGG-OMS (2007). *Malos tratos a personas mayores. Aportación española a los avances internacionales en la adaptación lingüística y cultural de un instrumento de detección de sospecha de maltrato hacia las personas mayores*. Madrid: IMSERSO. Recuperado de http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/jmalostratosint.pdf

INDICADOR 2	Contactos sociales

1. OARS-Social Resources Scale (Subescala de la OARS-Multidimensional Assessment Questionnaire)

Permite medir patrones de amistad, visitas sociales y disponibilidad de un confidente, aspectos vinculados al concepto «contactos sociales».

Las referencias se han facilitado en el indicador «Estructura y función familiar».

INDICADOR 3	Ayuda necesitada y recibida de la red de recursos formales y/o informales en las AVD

La ayuda necesitada y recibida es una parte del constructo teórico «apoyo social», constructo muy amplio que puede ser estudiado y valorado desde varias perspectivas. Una muestra de esta diversidad se puede encontrar en los instrumentos que se han desarrollado para medir los diversos aspectos que lo componen.

11. Apoyo Social Funcional Duke-UNC-11

Cuestionario breve que valora el apoyo social funcional percibido en relación al apoyo afectivo y al confidencial (disponibilidad de ayuda por parte de alguien).

- Versión original (inglés)
  - Broadhead, W.E.,. Gehlbach, S.H., de Gruy, F.V., Kaplan, B.H (1988). The Duke-UNC Functional Social Support Questionnaire: Measurement of Social Support in Family Medicine Patients. *Medical Care*, 26(7), 709-723. https://doi.org/10.1097/00005650-198807000-00006

- Versión en español
  - Bellón, J.A., Delgado, A., Luna, J.D., Lardelli, P. (1996). Validez y fiabilidad del cuestionario de Apoyo Social Funcional Duke-UNC-11. *Atención Primaria*, 18, 153-163. Recuperado de https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-validez-fiabilidad-del-cuestionario-apoyo-14325

12. MOS-SSS (Medical Outcomes Study-Social Support Survey)

Cuestionario autoadministrado de veinte ítems que valora el apoyo estructural y funcional de que se dispone y la frecuencia en que la persona entrevista lo recibe.

- Versión original (inglés)
  - Sherbourne, C.D., Stewart, A.L. (1991). The MOS social support survey. *Social Science & Medicine*, 32(6), 705-712. https://doi.org/10.1016/0277-9536(91)90150-B

- Versión en español
  - De la Revilla Ahumada, L., Luna del Castillo, J., Bailón Muñoz, E., Medina Moruno, I. (2005). Validación del cuestionario MOS de apoyo social en Atención Primaria. *Medicina de Familia* 6(1), 10-18.

13. Manheim Interview on Social Support (MISS)

Entrevista estructurada diseñada para obtener información sobre los tipos de apoyo, sus funciones, las fuentes y la evaluación del resultado. La versión en castellano consta de veintidós ítems (algunos Likert y otros con pregunta abierta).

En castellano es conocida como EMAS (Entrevista Manheim de Apoyo Social). A pesar de que se centra en la medida del apoyo social, lo combina con medidas de estructura familiar-relacional.

- Versión original (inglés)
  - Veiel, H.O. (1990). The Mannheim Interview on Social Support. Reliability and validity data from three samples. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 25(5), 250-252. https://doi.org/10.1007/BF00788646

- Versión en español
  - Vázquez, A.J., García-Bóveda, R.J. (1997). The Mannheim Interview on Social Support. Psychometric characteristics of a Spanish version. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 32(4), 208-214. https://doi.org/10.1007/BF00788240

INDICADOR 4 Ingresos económicos

1. OARS-Economic Resources (Subescala de la OARS-Multidimensional Assessment Questionnaire).

Permite evaluar algunos aspectos vinculados a los ingresos y al patrimonio como: estatus laboral, salario-ganancias, fuentes y cantidad de los ingresos totales, propiedad del hogar y una valoración subjetiva de la misma situación financiera.

Las referencias se han facilitado en el indicador «Estructura y función familiar».

INDICADOR 5 Vivienda

En el indicador «Vivienda» hay un vacío de instrumentos estandarizados, derivado de la dificultad de consenso sobre cómo tienen que ser los entornos físicos y el ajuste individual según otras variables como el grado de fragilidad o las formas de convivencia.

El concepto de diseño universal (entorno de apoyo para mantener la autonomía funcional, accesibilidad, adaptabilidad y seguridad) se ve como el primer paso hacia una estandarización.

La aproximación más común es trabajar con listas de comprobación de elementos que condicionen el confort básico, la accesibilidad, la seguridad y la minimización de riesgos físicos.

14. Indicaciones generales sobre la valoración del domicilio

Se recogen en el capítulo sobre el tema en la publicación de referencia en relación con la Valoración Geriátrica Integral (VGI).

- Versión original (inglés)
  - Steel, K, Musliner, M., Berg, K. (1995). Assessment of the home environment. A L.Z. Rubenstein, D. Wieland, R. Bernabei (eds.).

*Geriatric assessment technology: the state of the art (*pp. 135-145). Nueva York (NY): Springer Publishing.

15. Valoración de los riesgos en el hogar

Se trata de plantillas de valoración de los riesgos potenciales en el hogar, especialmente los relacionados con las caídas. La versión en inglés es una propuesta del *National Center for Injury Prevention and Control* (NCIPC) (Center for Disease Control and Prevention – US Department of Health and Human Services). Las versiones en castellano han sido adaptadas a partir de esta propuesta.

- Versión original (inglés)
  - *STEADI. Check for Safety A Home Fall Prevention Checklist for Older Adults*. Recuperado de https://www.cdc.gov/steadi/pdf/STEADI-Brochure-CheckForSafety-508.pdf

- Versión en español
  - Rodríguez Navarro, V. (2012). Anexo 18: Comprobación de riesgos en el domicilio. En V. Rodríguez Navarro, *Eficacia de un programa de intervención multifactorial para la prevención de caídas en los ancianos de la comunidad* (pp. 235-239). Tesis doctoral no publicada. Córdoba: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Córdoba. Recuperada de http://hdl.handle.net/10396/6319
  - Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2014). Anexo 8: Plantilla de valoración de los riesgos en el hogar. En Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, *Documento de consenso sobre la prevención de la fragilidad y caídas en la persona mayor. Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS* (pp. 69-71). Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Recuperado de https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/FragilidadyCaidas_GuiaAF.pdf

EVSF TSO

ESCALA DE VALORACIÓN SOCIO-FAMILIAR

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante