

Construcción de un cuestionario de valoración de la salud social de los usuarios en el ámbito sociosanitario

A. Casals^a, N. Llinàs^b, N. Fàbregas^c, M.A. Hernández^d, S. Santaliestra^e, J.L.C. Bosch^f, A. Navarro^g y M. Ferrer^h

^aFundació Sociosanitària de Barcelona. Hospital Sant Gervasi. Barcelona. España.

^bGeriatric Municipal (IMAS). Barcelona. España.

^cHospital Sant Jaume de Mataró (PASS). Mataró. Barcelona. España.

^dPadres IMAS. Institut d'Atenció Geriàtrica Sociosanitària (IAGS). Hospital del Mar. Barcelona. España.

^eUFISS Hospital General Vall d'Hebron (ICS). Barcelona. España.

^fDepartament de Sociologia i Anàlisi de les Organitzacions. Universitat de Barcelona. Barcelona. España.

^gGrups de Recerca d'Amèrica i Àfrica Llatines. Unitat de Bioestadística. Universitat Autònoma de Barcelona. Bellaterra. Barcelona. España.

^hUnitat de Recerca en Serveis Sanitaris. Institut Municipal d'Investigació Mèdica. Barcelona. España.

RESUMEN

Introducción: puede definirse salud social como la situación óptima en cada una de las áreas que configuran el entorno social de la persona. Este trabajo presenta los resultados preliminares de la creación del Qüestionari de Valoració de Salut Social (QVSS), que pretende valorar el estado de salud social de los usuarios del ámbito sociosanitario.

Material y métodos: partiendo del análisis de contenido de instrumentos conocidos, el equipo de trabajo elaboró los ámbitos que consideraba necesarios para valorar la salud social, determinó las posibles situaciones en que podía encontrarse un individuo dentro de cada ámbito y formuló las preguntas necesarias para poder describirlas. Posteriormente, en una reunión con un grupo de expertos, se consensuaron los ámbitos y preguntas definitivas.

Resultados: los ámbitos, que se corresponden a subescalas independientes del QVSS, fueron: soporte informal, soporte formal, situación económica, vivienda e integración familiar y social. El sexo ($p < 0,001$), los estudios ($p = 0,017$) y la clase social ($p = 0,029$) se asocian con la subescala económica. También el estado civil ($p = 0,002$), que además se asocia con el soporte informal ($p = 0,030$). El tiempo medio de respuesta fue de 13,5 min.

Conclusiones: el QVSS mostró facilidad en su administración. Parece que no existen grandes diferencias en función de quién lo responda, excepto en la subescala de soporte informal. Se hace necesario validarlo y ahondar en el estudio sobre la relación entre el QVSS respondido por el paciente o por el cuidador.

Palabras clave

Correspondencia: A. Casals i Arnau.
Joan Güell, 17-21, 3-1. 08028 Barcelona. España.
Correo electrónico: aliciaca@cgtrabajosocial.es

Recibido el 29-12-03; aceptado el 17-02-05.

Salud social. Cuestionarios. Ámbito sociosanitario.

Creating a social health evaluation questionnaire for users in the socio-sanitary area

ABSTRACT

Introduction: social health can be defined as the best possible situation for each of the areas that make up a person's social environment. This article presents the preliminary results of the creation of a Social Health Evaluation Questionnaire (SHEV), aimed at assessing the social health status of users of hospitals for the elderly and disabled.

Material and methods: the contents of well-known instruments were analysed and the working team selected the areas considered necessary to be able to evaluate social health status. The team then determined the possible situations in which individuals could find themselves in each of these areas and created questions to help them describe these situations. Subsequently, in a meeting with a group of experts, an overall agreement was reached on the scope and content of the final questions to be included in the questionnaire.

Results: the distinct areas, which correspond to independent subscales in the SHEV, were: informal support, formal support, economic situation, housing, and social and family integration. Sex ($p < 0.001$), educational status ($p = 0.017$) and social class ($p = 0.029$) were associated with economic situation. Marital status was associated with economic situation ($p = 0.002$) and informal support ($p = 0.030$). The mean answering time was 13.5 minutes.

Conclusions: the SHEV proved to be an easy tool to administer. No significant differences based upon responders were found, except in the subscale of informal support. Further validation and a more thorough investigation of the relationship between the SHEV as answered by patients or by their carers is required.

Key words

Social health. Questionnaires. Socio-sanitary area.

INTRODUCCIÓN

La investigación precisa referida a la calidad de vida, el bienestar y la autonomía social de las personas mayores sigue siendo un reto en el campo del trabajo social. Las definiciones existentes no presentan un consenso amplio y dificultan el desarrollo de indicadores^{1,2}.

El concepto de salud social ha sido utilizado para indicar aspectos de la situación del individuo respecto a la sociedad y su entorno, al mismo tiempo que para referirse a características propias del comportamiento y de la estructura social misma. En este último, se ha relacionado salud social con el grado de solidaridad y redistribución de la riqueza que tiene una sociedad³. A escala individual, podemos realizar una definición operativa para el campo del trabajo social, siguiendo las observaciones de Fernández i Barrera³, que define la salud social como la situación óptima en cada una de las áreas que configuran el entorno social de la persona. Se trata, pues, de un concepto amplio que abarca todas las relaciones y actividades humanas que tienen lugar en una sociedad concreta^{4,5}.

Existe una estrecha relación entre la salud social y la capacidad del individuo para valerse con autonomía en su entorno habitual, es decir, en el conjunto formado por su red de relaciones y de vínculos interpersonales, y los servicios comunitarios que se encuentran a su alcance. El grado en que la persona es válida en su entorno (grado de autonomía social) configura una situación de mayor o menor riesgo social potencial. Como tal se entiende una situación social desfavorable, persistente o transitoria, en la que el individuo está expuesto a un peligro por encima del promedio de la población.

La bibliografía gerontológica describe varios instrumentos que pretenden medir la salud social del individuo en nuestro entorno^{4,6-9}, si bien ninguno recoge todas las dimensiones posibles que desde la práctica diaria de los trabajadores sociales, en centros sociosanitarios, son necesarias. La creciente diversidad de instrumentos en este sector en parte responde a la necesidad de evaluar los procesos sociales que influyen en la institucionalización sociosanitaria.

Además, parece necesario un debate profundo respecto al papel de los trabajadores sociales en el equipo sociosanitario, especialmente en la redistribución de recursos cada vez más orientados a prevenir situaciones de alta complejidad social. Una más racional asignación de recursos puede ser la clave del futuro del sector. Para que ello sea posible, el papel de los trabajadores sociales deberá orientarse más a la detección y previsión que al acompañamiento de procesos sociales terminales, como el abandono.

Luego, es menester la obtención de un instrumento válido, fiable y flexible para su aplicación, tanto en el

ámbito sociosanitario domiciliario como institucional, que enfatice la facilidad de utilización e implantación en un sistema informático^{10,11}. Ya que muchos de los pacientes geriátricos tienen verdaderas dificultades en poder cumplimentar cuestionarios por sí mismos, debido a problemas físicos o cognitivos, dicho instrumento debe ser de aplicación rápida y sencilla, que permita además ser respondido tanto por el paciente, si éste es capaz, como por su cuidador, si no lo es.

La combinación de un instrumento que mida la salud social con alguna de las ya conocidas escalas que valoran la dependencia, física y psíquica, permitirá adquirir una visión integral de la situación del enfermo para facilitar la intervención social¹² en uno o más aspectos, cuando ésta sea necesaria. Dicho instrumento debe registrar el máximo de situaciones sociales posibles de impacto en la salud social del individuo, que además han de quedar claramente agrupadas en diferentes áreas funcionales. La valoración de cada una de estas áreas facilitará el seguimiento más eficaz de los casos potencialmente de más riesgo, y si surge la necesidad de una intervención se podrá actuar sobre aquellas áreas concretas que se han valorado como más problemáticas y se podrán planificar los recursos más adecuados en cada situación.

Este trabajo presenta los resultados preliminares de la creación del *Questionari de Valoració de Salut Social (QVSS)*, cuestionario que pretende valorar el estado de salud social de los usuarios que ingresen en una unidad de convalecencia, usuarios atendidos en una unidad funcional interdisciplinaria sociosanitaria o que estén en su domicilio con necesidad de intervención social. Concretamente, los resultados presentados son: definición concisa de ámbitos de valoración, preguntas seleccionadas para representarlos, datos sobre su facilidad de aplicación, descripción de asociaciones coherentes con lo esperado y análisis de contenidos de instrumentos habitualmente utilizados para evaluar este dominio.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio multicéntrico realizado en 3 centros sociosanitarios (CSS), un servicio de atención domiciliaria (PADES) y una unidad funcional interdisciplinaria sociosanitaria (UFISS).

Tal y como puede observarse en la figura 1, la primera fase de la creación del cuestionario consistió en la revisión de los instrumentos ya existentes que podían ofrecer aportaciones relevantes. Éstos fueron: Escala de Díaz Palacios et al⁶, Sistema de Registro de Situaciones Sociales de la Consejería de Salud de Madrid⁷, Escala OARS⁴, Escala de Estrés-Apoyo Social⁸ y Validación Social de la Regió Sanitària de Ponent⁹.

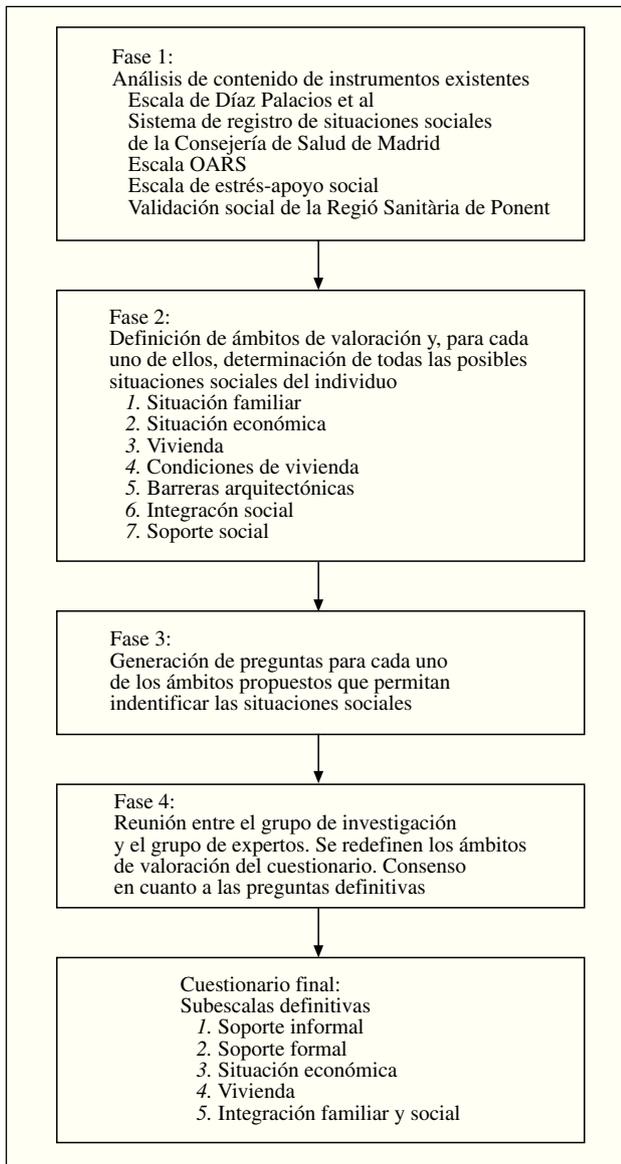


Figura 1. Proceso de construcción del QVSS.

En la segunda fase (fig. 1), y a partir del análisis de contenido de los instrumentos existentes, se definieron 7 grandes ámbitos de valoración, coincidiendo los números 1, 2, 3, 6 y 7 con los definidos por Díaz Palacios et al⁶.

En la tercera fase (fig. 1) se procedió a definir todas las posibles situaciones sociales en las que pudiera encontrarse un individuo en cada área. Así, los trabajadores sociales que formaban el grupo de investigación realizaron diversas sesiones de discusión, en las cuales, por consenso, se definían todas las situaciones: por ejemplo, por consenso se determinó que la situación económica de un individuo podía representarse, fundamentalmente, por 2 variables: los ingresos del individuo y el número de personas dependientes de éstos. Luego se acordó, además, que había que diferenciar el origen del ingreso, puesto que en

determinados casos puede dar lugar a prestaciones temporales que cabe distinguir de otras de carácter permanente. El proceso descrito generó, para la totalidad del cuestionario, poco más de un centenar de situaciones. Entonces se elaboraron preguntas cerradas, cuyas respuestas, en opinión del grupo de investigación, describían la totalidad de posibles situaciones sociales de un individuo. La elaboración de las preguntas se realizó, también, por consenso entre el grupo investigador.

A continuación, se formuló un cuestionario provisional con las preguntas surgidas de la fase 3 y se remitió a cada uno de los profesionales que formaban parte del grupo de expertos (4 médicos, 2 psicólogos, 1 enfermera y 3 trabajadores sociales). Posteriormente, el grupo de investigación y el grupo de expertos se reunieron (fase 4; fig. 1). De forma consensuada, se decidió redefinir los ámbitos de valoración reduciéndolos a 5: soporte informal (que registró parte de la información de los ámbitos originales 1, 6 y 7), soporte formal (que combinó cuestiones de los ámbitos 6 y 7), situación económica (se mantuvo igual al original), vivienda (ámbitos originales 3, 4 y 5) e integración familiar y social (con información de 1, 6 y 7). Finalmente, se revisaron las preguntas propuestas, dando lugar al cuestionario definitivo. El idioma del mismo fue el catalán, y en el anexo 1 se muestra una traducción al castellano.

Los ámbitos de valoración definitivos, que representan subescalas independientes dentro del cuestionario general QVSS, así como el cálculo de cada uno de ellos, se muestran a continuación:

1. *QVSS-soporte informal*: valora el apoyo que el usuario puede recibir de su entorno social familiar o vecinal. Se evalúa con quién convive la persona y la ayuda recibida por su entorno. Cálculo: $V4 + (V2 - V3) - V1$.

V4 es la suma de las personas con las que convive el paciente y además le ayudan: número de personas señaladas en la pregunta 5 (p5) que a la vez presenten «sí» en p6. V3 significa tener a alguien que le ayude, sin tener en cuenta el grado de parentesco, p2. Tener esta ayuda toma el valor 1 cuando existe. V3 es la frecuencia con la que recibe la ayuda a lo largo de la semana (p4). La máxima ayuda es diaria, otorgándole una puntuación de 1; varias veces a la semana se valora como 0,8; una vez a la semana 0,6; los fines de semana 0,4, y otras 0,5. Al multiplicar V2 por V3 obtenemos una fracción del grado de ayuda. V1 describe si la persona vive sola, y su valor es 1 cuando esto es así (p1).

2. *QVSS-soporte formal*: examina la ayuda recibida por parte de un trabajador familiar o de algún voluntario, además de la opinión que tiene el mayor de si ésta es suficiente en su conjunto. Cálculo: $V5 + V6$.

La existencia de ayuda domiciliar vale 1, al igual que la de un voluntario, p7. Por tanto, V5 será 0 si no se recibe

Anexo 1. Cuestionario QVSS

1. ¿Vive solo? *Sí, no*
2. ¿Le ayuda alguien a hacer las cosas que no puede hacer solo? *Sí, no*
3. ¿Quién? *Padre, madre, cónyuge/pareja, hijo/a, hermano/a, otros familiares (sobrinos, primos...), vecinos o amigos, otros*
4. ¿Con qué frecuencia le ayudan? *Diariamente, varias veces a la semana, una vez a la semana, los fines de semana, otros*
5. ¿Diariamente convive con...? *Cónyuge/pareja, hijo/a, hermano/a, otros familiares (sobrinos, primos...), amigos, otros*
6. ¿Le ayuda/n en los trabajos que no puede hacer solo? *Sí, no*
7. ¿Recibe alguna ayuda de parte de...? *Voluntario, trabajador familiar*
8. ¿Cuántos días a la semana? *Respuesta abierta cuantitativa*
9. ¿Lo paga usted o su familia? *Yo, mi familia*
10. ¿En general, le es suficiente la ayuda que recibe? *Sí, no*
11. ¿Recibe algún tipo de pensión? *Sí, no*
12. ¿Es superior a 420 € al mes? *Sí, no*
13. ¿Regularmente sus familiares le ayudan económicamente? *Sí, no*
14. ¿Recibe alguna prestación o ayuda económica temporal de la Administración o de otras entidades? *Sí, no*
15. En su opinión, ¿estos ingresos son suficientes para cubrir sus necesidades? *Sí, no*
16. ¿Hay otras personas que dependan de sus ingresos? *Sí, no*
17. ¿Cuántas personas? *Respuesta abierta cuantitativa*
18. ¿Dónde vive? *Domicilio propio, domicilio de familiares, domicilio de vecinos o amigos, residencia geriátrica, otros*
19. ¿Tiene algún problema para volver o continuar en su domicilio? *Sí, no*
20. ¿De qué tipo? *Económico, de salud, otros*
21. ¿En su domicilio hay...? *Agua corriente, luz, gas, váter, plato de ducha o bañera, teléfono, calefacción, nevera, cocina, lavadora automática, agua caliente (señalar todas las presentes)*
22. ¿Tiene humedades, grietas o goteras? *Sí, no*
23. ¿Existen impedimentos para poder llegar al edificio donde vive?, por ejemplo, escaleras, pendientes fuertes o carencia de transportes públicos. *Sí, no*
24. Pese a estos impedimentos, ¿puede salir de casa? *Sí, no*
25. ¿Con qué frecuencia sale de casa? *Diariamente, semanalmente, mensualmente*
26. Dentro de su edificio, ¿tiene impedimentos para llegar a su casa debido a la falta de ascensor, muchas escaleras, etc.? *Sí, no*
27. ¿Tiene impedimentos para moverse dentro de su casa a causa de escaleras, espacios estrechos, puertas estrechas, etc.? *Sí, no*
28. ¿Tiene dificultades para utilizar el baño? *Sí, no*
29. Estos impedimentos, ¿le dificultan vivir en su casa? *Sí, no*
30. ¿Con qué frecuencia tiene contacto con su familia? *Diariamente, semanalmente, mensualmente, no tengo relación*
31. Este contacto, ¿es tan frecuente como querría? *Sí, no*
32. ¿Como diría que son sus relaciones con amigos y/o vecinos? *Los veo a menudo, los veo poco, no tengo relación*
33. Este contacto, ¿es tan frecuente como querría? *Sí, no*
34. ¿Realiza alguna de las siguientes actividades?
¿Pasear? *Sí, no*
35. ¿Cuántos días a la semana? *Diariamente, 2 o 3 veces a la semana, semanalmente, mensualmente*
36. ¿Ir al mercado o a comprar? *Sí, no*
37. ¿Cuántos días a la semana? *Diariamente, 2 o 3 veces a la semana, semanalmente, mensualmente*
38. ¿Ir al *casal*, centros de recreo, la parroquia, el bar? *Sí, no*
39. ¿Cuántos días a la semana? *Diariamente, 2 o 3 veces a la semana, semanalmente, mensualmente*

ayuda, 1 en el caso de existir una de ellas o 2 cuando coexistan ambas al mismo tiempo. V6 cuantifica la declaración de recibir ayuda suficiente, p10. Tomará el valor 1 si se considera suficiente, y en el caso de declarar lo contrario se restará. Existe la posibilidad que el entrevistado considere que no es suficiente ni insuficiente. En ese caso no se sumará ni restará nada.

3. QVSS-situación económica: índice que se compone de la suma de diversas ayudas económicas en relación

con el número de personas que dependen de éstas. Cálculo: V7/V8.

V7 describe los ingresos disponibles. Su valor será el número total de «sí» en las preguntas 11, 12, 13, 14 y 15. Respecto a la pregunta 12, el valor de 420 euros debería sustituirse por el salario mínimo interprofesional fijado en el momento del estudio. V8 representa el número de personas que dependen de esos ingresos, p17.

4. QVSS-vivienda: evalúa conjuntamente la disponibilidad de recursos presentes o ausentes en el hogar y posibles deficiencias estructurales de la vivienda. Cálculo: V9 – V10.

V9 es la suma de recursos presentes, o comodidades, es decir, todas las señaladas como «sí» en la p21. V10 es la ausencia de estos recursos, o sea todos los «no» en p21, más las deficiencias estructurales.

5. QVSS-integración familiar y social: pretende aglutinar la información del grado de relación con familiares, vecinos y amigos, y actividades sociales, teniendo en cuenta si dicho grado es el que el entrevistado estima adecuado. Cálculo: (p30 p31) + (p32 p33) + p34 + p35 + p36.

Donde p30, p34, p35 y p36 son el grado de frecuencia con el que tiene contacto con la familia, pasea, va al mercado y al «casal» u otros centros de recreo, en una escala de 0 a 3. 0 significa nunca y 3 diariamente. p32 indica el grado de frecuencia de la relación con los vecinos en una escala de 0 a 2 (0 es nunca y 2 alta). p31 y p33 corrigen la cantidad de la relación por la cantidad deseada. El 1 significa que la relación es tan frecuente como querrían (o no contestan, por prudencia en cualquier atribución debido a los efectos correctores de la otra categoría) y 0 es que no están satisfechos con la frecuencia, anulando el efecto de ésta, ya sea por exceso o defecto.

Una vez construido el cuestionario, se procedió a su administración al paciente por parte de un trabajador social de cada centro, en caso que éste estuviera en condiciones de responder, o a su cuidador principal, si se consideraba que el paciente estaba incapacitado para la cumplimentación total y correcta del mismo. La intervención del trabajador consistió exclusivamente en la lectura del cuestionario, habiendo acordado previamente que no se harían interpretaciones o comentarios respecto a las preguntas, ni siquiera en el caso en que el entrevistado lo demandara. En la entrevista, además del propio QVSS, se registró información sociodemográfica acerca del paciente: sexo, edad, estado civil, nivel de estudios y clase social¹³.

En cuanto a la metodología estadística, se realizó una descripción univariada de todas las variables registradas mediante medidas de tendencia central y dispersión, para el caso de variables cuantitativas, y su distribución de frecuencias en el caso de variables categóricas. Con el fin de comprobar la existencia de asociaciones coherentes que indicaran que las subescalas creadas medían lo que interesaba, se compararon las puntuaciones de las subescalas según las variables sociodemográficas mediante las pruebas U de Mann-Whitney, en caso de variables con 2 categorías, o la H de Kruskal-Wallis, para variables con más de 2 categorías. Igualmente se hizo con las puntuaciones en función de la persona entrevistada, para obtener indicios de si el cuestionario podía ser

TABLA 1. Características sociodemográficas de los pacientes evaluados

Variable	n	%
Sexo		
Varón	33	40,2
Mujer	49	59,8
Edad		
< 50	4	4,9
50-64	7	8,6
65-74	14	17,3
75-84	28	34,6
85-94	25	30,9
> 94	3	3,7
Estado civil		
Soltero	10	12,2
Casado	34	41,5
Divorciado	2	2,4
Viudo	36	43,9
Estudios		
No sabe leer ni escribir	6	7,4
Primaria incompleta	38	46,9
Primaria completa	25	30,9
Bachillerato elemental	7	8,6
Bachillerato superior	1	1,2
Estudios universitarios	4	4,9
Clase social		
I	2	2,6
II	4	5,3
III	18	23,7
IV	45	59,2
V	7	9,2

TABLA 2. Distribución de las puntuaciones obtenidas en las subescalas QVSS

Subescala	Q1	Q2	Q3
QVSS-soporte informal	0,7	1,0	2,0
QVSS-soporte formal	0,0	1,0	1,0
QVSS-situación económica	0,5	1,0	1,5
QVSS-vivienda	8,0	9,0	11,0
QVSS-integración familiar y social	3,0	6,0	12,0

Q1: percentil 25; Q2: mediana; Q3: percentil 75.

contestado indistintamente por el residente o el cuidador. Todos los análisis se realizaron mediante el paquete estadístico SPSS, versión 11.5¹⁴.

RESULTADOS

De las 90 personas entrevistadas, un 91,1% cumplimentó totalmente la escala. Entre éstos, en un

TABLA 3. Distribución de las puntuaciones obtenidas en las subescalas QVSS, según el entrevistado

	<i>Paciente</i>			<i>Cuidador</i>			
QVSS-soporte informal	-1,0	-0,1	1,0	1,0	1,0	2,0	0,001
QVSS-soporte formal	0,0	1,0	1,3	0,0	1,0	1,0	0,934
QVSS-situación económica	0,5	1,0	1,5	0,6	1,0	1,5	0,434
QVSS-vivienda	6,5	9,0	10,0	9,0	9,0	11,0	0,097
QVSS-integración familiar y social	0,0	6,0	12,0	3,0	6,0	11,8	0,349

Q1: percentil 25; Q2: mediana; Q3: percentil 75.

81,7% de los casos el tiempo de respuesta fue inferior a los 15 min, con una media de 13,5 (intervalo de confianza [IC] del 95%, 11,5-15,0). Las características sociodemográficas de los pacientes estudiados se muestran en la tabla 1. En ella puede observarse que casi un 60% eran mujeres, que 1 de cada 3 tenía 85 años o más, que mayoritariamente estaban casados o viudos, que menos de un 15% tenían estudios por encima de primaria y que las clases sociales más frecuentes eran la III y la IV.

El resumen de las puntuaciones obtenidas en cada subescala se muestra en la tabla 2.

De todas las subescalas, únicamente la económica se diferenció en función del sexo ($p < 0,001$), con mayores puntuaciones para los varones (Q1 = 1, Q2 = 1,5, Q3 = 2) que para las mujeres (Q1 = 0,5, Q2 = 1, Q3 = 1,5). La subescala de integración familiar y social estuvo al límite de significancia ($p = 0,054$). No se observaron diferencias según grupo etario. El estado civil diferenció las subescalas de soporte informal ($p = 0,030$) y económica ($p = 0,002$). En ambas, los pacientes casados obtuvieron mejores resultados. Para soporte informal: casados (Q1 = 1, Q2 = 1, Q3 = 2) y resto (Q1 = -0,4, Q2 = 1, Q3 = 1,75). Para situación económica: casados (Q1 = 1, Q2 = 1,5, Q3 = 2) y resto (Q1 = 0,5, Q2 = 1, Q3 = 1,5). La subescala de vivienda bordeó la significancia según el estado civil ($p = 0,062$). El nivel de estudios también mostró diferencias en la subescala económica ($p = 0,017$), donde aquellos que tenían estudios superiores a la primaria obtuvieron mayores puntuaciones (Q1 = 1, Q2 = 1,5, Q3 = 2) que los que, como mucho, poseían la primaria completa (Q1 = 0,5, Q2 = 1, Q3 = 1,5). Igualmente sucedió con la clase social ($p = 0,029$): los pacientes clasificados en los grupos I, II o III obtuvieron puntuaciones más elevadas en cuanto a la situación económica (Q1 = 1, Q2 = 1,5, Q3 = 2) que los de los grupos IV y V (Q1 = 0,5, Q2 = 1, Q3 = 1,5).

Sobre el total de entrevistados, 60 (73,2%) eran los cuidadores. No se observaron diferencias en el tiempo de respuesta según lo hiciera el cuidador o el paciente ($p = 0,196$). La tabla 3 muestra los resultados de las 5 subescalas según el entrevistado. Es interesante observar que únicamente en el soporte informal se encontraron diferencias significativas, y el paciente puntuó de forma más negativa que el cuidador.

CONCLUSIONES

El QVSS propuesto recoge las áreas que, fruto del debate entre un grupo de los distintos profesionales que forman parte de la atención sociosanitaria, se consideraron necesarias para obtener una visión global de la salud social de la persona. Es una herramienta flexible que pretende registrar las necesidades sociales y de atención de la persona anciana. Mediante su elaboración en preguntas cerradas, la mayoría de tipo binario «sí/no» que significan la presencia o ausencia de situaciones problemáticas, elimina posibles subjetividades presentes en otros métodos de recogida de información. De hecho, tanto en las reuniones previas a la administración del cuestionario, como durante su aplicación, no hubo dudas ni discrepancias entre los trabajadores sociales encargados del trabajo de campo, lo que podría ser indicativo de su capacidad para ser empleado por cualquier profesional. Además, esta configuración debe permitir ampliar, o disminuir, sus preguntas en un futuro sin la necesidad de realizar costosos estudios previos, siendo una herramienta fácil de implementar en el propio sistema de recogida de información sobre el usuario del ámbito sociosanitario.

El QVSS también mostró su facilidad de administración: el promedio de tiempo necesario de respuesta fue de 13,5 min y en más del 80% de casos se completó en 15 min o menos. De hecho es inferior, puesto que ese tiempo contabiliza la cumplimentación de todas las variables sociodemográficas del paciente, además del propio QVSS.

Por otro lado, una pretensión era que pudiese ser contestado igualmente por el cuidador principal cuando la persona atendida estuviera incapacitada por su estado de salud, situación habitual en nuestro entorno. En este sentido, y aunque el diseño del estudio no permita asegurarlo al no comparar las respuestas del paciente con las de su cuidador, el hecho de no encontrar diferencias significativas en cuanto al tiempo de cumplimentación, ni en 4 de las 5 subescalas, parece señalar que esto es posible.

Para la subescala soporte informal, la única en que se observaron diferencias entre las respuestas de pacientes y cuidadores, cabe destacar que ésta es la menos

objetiva de todas, lo que posiblemente es la causa de esas diferencias. Efectivamente, esta subescala incluye preguntas de percepción personal, y especialmente si el cuidador principal es un familiar, ya que éste está involucrado en lo que se mide, podría producirse un sesgo en el que el cuidador tienda a describir una situación mejor que la que percibe el paciente.

Son necesarios, pues, estudios diseñados especialmente para corroborar la relación entre las respuestas del paciente y su cuidador, determinando con máximo rigor las subescalas donde las respuestas son concordantes y, en caso de encontrar alguna en que no lo sean, intentar establecer una corrección al resultado de la entrevista al cuidador que permita trabajar con la misma consistencia que si las respuestas fueran del paciente.

Este trabajo presenta los resultados iniciales del QVSS. Su capacidad de evolucionar, su sencillez de administración y la posibilidad de implementarlo fácilmente en sistemas informáticos de gestión lo hacen, *a priori*, atractivo. Además, la puesta en marcha, de modo institucional, de este instrumento permitiría revisar los criterios profesionales que conducen a la institucionalización generando debate y seguramente produciendo mejoras. Revisar el significado de los acontecimientos sociales para el trabajador social y su influencia en todas las escalas de medición es otro reto que este trabajo propone a todo el colectivo profesional. Sin embargo, hay que reiterar que éste es un trabajo preliminar, con lo que es recomendable un estudio de validación del instrumento y otros que permitan realizar un seguimiento de los pacientes con tal de aportar datos fiables sobre su capacidad de predicción.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sierra Bravo R. *Técnicas de investigación social: teoría y ejercicios*. Madrid: Paraninfo; 1988.
2. Ander-Egg E. *Técnicas de investigación social*. Buenos Aires: Humanitas; 1986.
3. Fernández i Barrera J. *Jordi Gol i la salut social*. En: Casares i Porta R, Fernández i Barrera J, Tizón García J, Vall i Combelles O, editores. *La salut: en record del Dr. Jordi Gol i Gurina*. Barcelona: Llar del llibre. Escola Universitària de Treball Social; 1988. p. 19-23.
4. Kane RA, Kane RL. *Evaluación de las necesidades en los ancianos: guía práctica sobre los instrumentos de medición*. Madrid: Fundación Caja de Madrid; 1993.
5. Del Rincón MM. *Validación de un instrumento para identificar necesidades asistenciales en pacientes psicogerítricos 1992-1994*. *Revista de Trabajo Social y Salud*. 1993;14:349-65.
6. Díaz Palacios ME, Domínguez Puente O, Toyos García G. *Resultados de la aplicación de una escala de valoración sociofamiliar en atención primaria*. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 1994;29:239-45.
7. Arévalo Sánchez R, Bartrina Jalvo P, Díaz Sánchez P. *Sistema de registro de necesidades sociales: modelo asistencial de los hospitales de media y larga estancia*. Madrid: Dirección General de Estudios y Análisis de Recursos y Organización Sanitaria. Consejería de Salud. Comunidad de Madrid; 1995.
8. Conde López V, Franch Valverde JI. *Escalas de evaluación comportamental para la cuantificación de la sintomatología psicopatológica en los trastornos angustiosos y depresivos*. Madrid: Upjohn Farmoquímica; 1984.
9. *Regió Sanitària Costa de Ponent. Protocol del barem per recursos socio-sanitaris*. Barcelona: Servei Català de la Salut; 1995.
10. Neill J. *Evaluación de los ancianos para los cuidados residenciales: guía práctica*. Madrid: Fundación Caja de Madrid; 1995.
11. Rodríguez S, Castellano A. *Intervención clínica y psicosocial en el anciano*. Las Palmas de Gran Canaria: Instituto Canario de Estudios y Promoción Social y Sanitaria; 1995.
12. Altarriba FX, Cammany R. *Les persones grans: característiques i possibilitats d'una etapa vital*. Barcelona: Ajuntament de Barcelona; 1995.
13. Instituto Nacional de Estadística. *Clasificación Nacional de Ocupaciones 1994 (CNO-94)*. Madrid: INE; 1994.
14. SPSS Windows. Chicago: SPSS Inc.; 1999.