



TREBALL SOCIAL

UNA ALTRA MIRADA ÉS POSSIBLE

V Jornada de Treball Social als Equips d'Atenció Primària de Salut
Barcelona, 27 de setembre 2004. CaixaFòrum



Institut Català de la Salut
Àmbit d'Atenció Primària
Barcelona Ciutat

C S B

Consorci Sanitari de Barcelona

Ens públic de la Generalitat de Catalunya
i l'Ajuntament de Barcelona



CatSalut

Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

**V JORNADA DE TREBALL SOCIAL
ALS EQUIPS D'ATENCIÓ PRIMÀRIA DE SALUT**

ENTITATS COL.LABORADORES

Col.laboracions especials

Fundació La Caixa
Diputació de Barcelona
Consorti sanitari de Barcelona-CatSalut
Col.legi Oficial d'AS i Treballadors Socials de Catalunya.
CAPSE

Agraïments

Audífons Laudio
Laboratoris GSK
Quavita
Mútuam



ÍNDEX

Salutació	5
Comitè Organitzador	7
Comitè Científic	7
Secretaria, organització i col.laboracions	8
Entitats col.laboradores	8
Programa	9
Ponències a la taula rodona	11
Comunicacions Orals	39
Posters	47

UNA EXPERIÈNCIA DE COL.LABORACIÓ ENTRE L'E.A.P. I L'AJUNTAMENT: L'ESPAI NADÓ

Autors: NATALIA ARESTE LLUCH
CONXITA BOIX CARRATALA
SILVIA PROHIAS RICART
ASUMPCIÓ TRINXANT DOMENECH
CELIA MARCOS GIL.TREBALLADORA SOCIAL

CAP SANT JUST

INTRODUCCIÓ

Espai creat l'any 2001 a l'escola bressol municipal, amb la col.laboració de l'equip sanitari. Està adreçat a les famílies amb nadons per tal de incidir en la qualitat de vida dels infants i promoure la salut des de una oferta educativa diversificada.

OBJECTIUS:

Oferir suport a les famílies amb nou nats
Evitar l'aïllament familiar
Promoure entre les famílies l'ajuda mútua

METODOLOGIA

Grups oberts formats per unes 12 ó 14 mares/ pares que participen amb la seva criatura, durant els primers mesos de vida del nadó. La llevadora va incorporant les mares que havien fet el curs de preparació al part.

AVALUACIÓ

Les famílies avaluen l'espai a través d'una enquesta anònima.
A més durant els curs 2001-2002 han passat pel programa
36 infant
35 mares
2 pares
Han col.laborat diferents professional i s'han tractat diversos temes sempre a demanda del grup.

CONCLUSIONS

Els grups continua funcionant i amb molta demanda
Les famílies reben suport dels professionals i del altres membres del grup.
És un lloc de trobada que crea lligams entre la famíles afavorint l'ajuda mutua

PROJECTE D'ATENCIÓ GRUPAL A UN GRUP DE CUIDADORS DE MALALTS INCLOSOS A L'ATDOM (Programa d'Atenció Domiciliària)

Autores: Anna Pomares Costa, Inés Falder Serna, M^a Luisa García de Sierra Álvarez, Rosa Goldaracena Velázquez, Teresa Graell Riera i Pilar Villagrasa Montel.

Paraules clau: grup, cuidador.

Introducció

En incloure pacients a l'ATDOM es detecta la necessitat d'atenció a la persona que en té cura. Les situacions estressants associades al cuidar fan que els cuidadors tinguin més risc de problemes físics i emocionals. La sensació de càrrega que representa el malalt, es veu associada a la falta de xarxes socials i familiars.

OBJECTIUS:

Millorar la qualitat de vida del cuidador principal així com la qualitat de vida del malalt.

Objectius específics:

Donar suport emocional als cuidadors informals principals.

Informar d'estratègies per a la vida diària.

Assessorar dels recursos existents en la comunitat.

Objectius operatius:

Afavorir als cuidadors, l'expressió dels seus sentiments, dubtes i consultes.

Informar de diferents temes: alimentació, canvis de postura, medicació, higiene, etc.

Ajudar a prendre consciència de la necessitat de tenir cura de sí mateixos

Facilitar el coneixement dels recursos i serveis existents.

Material: sala equipada amb cadires i projector de transparències

Mètodes: grup socioeducatiu assessorat per professionals, per tractar temes quotidians que repercuteixin en el benestar del malalt i afavorir l'autoajuda entre els membres per a recolzar-se en la càrrega que suposa tenir cura d'una persona malalta.

RESULTATS I CONCLUSIONS: nombre de sessions, nombre d'assistents, valoració subjectiva dels membres del grup (Zarit i Zarit, 1982).

El fet de dedicar-los un espai incrementa la seva sensació de control de la situació.

El perfil d'aquest cuidador correspon majoritàriament a una dona entre 45 i 65 anys i que presenta patologia associada com ara depressions, malalties osteo-musculars, etc.

Es creu necessari donar continuïtat a aquestes sessions, amb sessions específiques per aprendre a relaxar-se.

SALUTACIÓ

La V jornada de treball social als Equips d'Atenció Primària de Catalunya ens dóna un cop més l'oportunitat de gaudir de la reflexió i l'intercanvi d'experiències mútu.

Aquest any, sota el lema "Una altra mirada és possible", volem despertar desitjos de mirar endins de nosaltres mateixos per així possibilitar la mirada des de diferents perspectives a les situacions que ens envolten en el món laboral.

Us presentem ara el llibre de ponències, comunicacions orals i pósters, que esperem sigui un instrument per afavorir la reflexió.

Comitè Organitzador

BANC DE MEDICACIÓ AGUDA PER A USUARIS SENSE RECURSOS

Autors: M^{re} Mercè Canet, Carolina González, Francisca López, Montse Riba Anna Solà Joan Vallés. SAP Ciutat Vella

OBJECTIU DEL PROJECTE

Subministrament de medicació a pacients amb una patologia aguda puntual que degut a la seva situació econòmica i social no es puguin fer càrrec del pagament de la medicació, amb l' objectiu de que aquestes persones segueixin els tractaments recomanats pels seus metges de capçalera i puguin tenir cura de la seva salut.

MATERIAL I METODEDES

- Fer una projecte pilot de amb la S.A.P. Ciutat Vella i establir un circuit pel subministrament de medicació pels pacients aguts d' aquests centres durant un any amb posterior avaluació i possibilitats de continuïtat.
- Implicació de les dues entitats.(S.A.P. Ciutat Vella /I.C.S i la Fundació Humanitària J. Trueta.
- Avaluació anual amb la participació de les dues parts implicades Fundació Trueta S.A.P. Ciutat Vella .

Críteris d' inclusió

1. La medicació facilitada ha de ser indicada per a un procés agut amb una pauta terapèutica limitada en el temps (un mes).
2. Valoració dels recursos econòmics.

RESULTATS

població : anàlisi descriptiu del perfil de l' usuari

Distribució per sexe

El total d' usuaris atesos ha sigut 70.

L'origen d' aquests usuaris té la següent distribució: Espanyols 44,28% (31 casos) i Estrangers 55,71% (39 casos).

Situació econòmica: 30 casos tenen ingressos desconeguts,19 casos no tenen ingressos i 19 casos tenen ingressos. La mitjana d'ingressos és de 409,08 euros mensuals

CONCLUSIONS

- La S.A.P de Ciutat Vella ha fet un estalvi de: 25.387,20 en medicació per pacients aguts.
- S' ha reduït el nivell de stres dels professionals davant situacions a on es fa una prescripció i el pacient no prendrà la medicació per manca de recursos econòmics.
- S' han reduït les males praxis a nivell de prescripcions.
- S' ha pogut donar sortida a una problemàtica social directament relacionada amb la salut des del propi sistema de salut.

SAP GRÀCIA•HORTA•GUINARDÓ / ASSOCIACIÓ HUMANITÀRIA DR. JOSEP TRUETA: 7 ANYS D'ESTRATÈGIA CONJUNTA PER L'ESTALVI I EL RECICLATGE.

autors: juncosa quílez, jordi; girona zaguirre, jordi; fornés garcia, jordi; roig campo, anna; sentís antolín, lídia; duran quílez, susana.

paraules clau: col·laboració, reutilització, medicació.

OBJECTIU

Facilitar els principis actius adients pel compliment del tractament a tots aquells clients amb pre-visió d'incompliment del mateix per raons econòmiques.

Permetre la reutilització de medicaments no caducats amb l'estalvi corresponent.

Aminorar el risc d'incompliment de tractament farmacològic.

MATERIAL I MÈTODES

Disseny: L'any 1996, l'Institut Català de la Salut (ICS) i l'Associació Humanitària Dr. Josep Trueta (AHDJT), programen en els CAP de l'àrea de Barcelona una recollida de productes farmacèutics..

Aquests medicaments són recollits i classificats per l'esmentada associació i enviats a països del tercer món.

Els treballadors socials de l'ICS de l'Àmbit de Barcelona ciutat, mitjançant una proposta de l'AHDJT, estableixen un protocol de coordinació al juliol de 1997 a fi de reutilitzar tots aquells medicaments que, per algun motiu, no són enviats al tercer món, entre aquells clients que no poden, per raons econòmiques, seguir acuradament les pautes de medicació establertes

(**Subjectes**).

Àmbit d'estudi: Població diana (subjectes) de la SAP Gràcia•Horta•Guinardó.

Mesuraments i intervencions: Detecció del possible beneficiari de l'ajut per qualsevol professional sanitari del corresponent EAP. Valoració del treballador social.

Cumplimentació de la sol·licitud per part del metge i del treballador social.

Tramesa de la sol·licitud.

Recepció i comprovació de la medicació.

Entrega de la medicació des de l'UBA corresponent.

Avaluació anyal.

RESULTATS

En 7 anys s'ha triplicat la mitjana de sol·licituds de medicació per EAP.

(Recullida de dades des del 2n semestre de 1997 fins enguany).

CONCLUSIONS

Èxit del funcionament del circuit.

Aquest tipus de col·laboracions milloren el servei a l'usuari, s'aprofiten millor els recursos existents i fomenten l'estalvi. Consolidació del protocol de coordinació. Utilització de medicació que no es pot enviar al 3r. Món que s'hauria de destruir/reciclar...(aprofitament dels recursos).

COMITÈ ORGANITZADOR

Maria Isabel Cuevas Gómez, SAP Ciutat Vella.Presidenta. ICS.

Àngels Fuertes Abad, SAP St. Andreu. Tresorera. ICS.

Rosa Armengol Olm, SAP Nou barris. Secretària. ICS.

Carme Saldaña Vila, SAP Eixample. Enllaç CC. ICS

Pepita Rodríguez Moliner, SAP Sta.Coloma.Enllaç propera jornada.ICS

Petra Bonilla Carroza, SAP St. Martí.ICS

Jordi Girona Zaguirre, SAP Gràcia-Horta-Guinardó. ICS

Imma Jansà Sánchez, SAP Eixample. ICS

Anna Ramell Gutiérrez, SAP Sants-Montj-L Corts-Sarrià-S Gerv. ICS

Susanna Torres, EAP Casanova. CAPSE

COMITÈ CIENTÍFIC

Carme Saldaña Vila, presidenta i enllaç CO

Alberny Iglesias	Mireia	Metgessa	SAP Eixample i Un. Doc. Àmbit bcn	ICS
Alonso Mayo	Estanis	Metge	Oficina de Cooperació Sanitària	CatSalut
Bonet	Rosa	T Social i psicòloga	Univ Ramon LLull	URL
Carrasco Coria	Rosa M.	T social	SAP l'Hospitalet	Col·legi de Tre. Socials
Novellas Aguire de C.	Anna	T social	Hospital Duran i Reynals	Universitat de Barcelona
Cegri Lombardo	Francisco	Adj infermeria	SAPS t Martí	ICS
Picas Vidal	Josep M	Gerent	Àmbit AP BCN Ciutat	ICS
Estany Ricart	Jaume	Coord. i Adjunt Gerència	CSB	CatSalut
Florensa Palau	Rosa	T social	SAP Sats-Montj-LCorts...	ICS
Fornés Garcia	Jordi	T social	SAP Gràcia-Horta-Guinardó	ICS
Losada Conde	José Luis	T social	SAP St Andreu	ICS
Medina Girona	Alicia	T social	SAP St Martí	ICS
Mills Nebot	Bàrbara	T social	CAP Les Hortes	EBA
Mitjana Sanfeliu	M. Carme	Metgessa	SAP Ciutat Vella	ICS
Plaza Tesías	Aïna	Planificació i Avaluació	Consorci Sanitari de Barcelona	CatSalut
Rocabayera Andreu	M. Antònia	T social	SAP Sta. Coloma de Gramanet	ICS

SECRETARIA I ORGANITZACIÓ

- Gerència d'Àmbit d'Atenció Primària Barcelona Ciutat. ICS:

Assumpció González Mestre. Responsable del Gabinet de Comunicació i Atenció a l'Usuari.
Montse Pérez Penna. Secretaria Comitè Organitzador.
Imma Ruiz Soler. Secretaria Comitè Científic.

COL.LABORACIONS

- Gerència d'Àmbit d'Atenció Primària Barcelona Ciutat ICS:
Josep M Picas, Gerent.
Sandra Anguita, Julio Antoranz, Vicenç Fenollar.
Santi Almenara, Centre Corporatiu ICS.
- Consorci Sanitari de Barcelona:
Marià Jiménez, Xavier Olona
- Creador logotip: Gonzalo López-Martí.
- La Caixa: Rosa M. Gasull

1+1= 1 EQUIP DE TREBALL SOCIAL D'ATENCIÓ PRIMÀRIA

autores: Àngels Granados, Misericòrdia Vall. Reus

La ponència que presentem es el compromís de treballar conjuntament el Programa d'Atenció Social Primària entre els serveis socio-sanitaris de l'Àrea Bàsica de salut Reus V i els Serveis Socials d'Atenció Primària municipals de la zona que correspon al Dte. V de Reus

OBJECTIU GENERAL

Atendre les situacions socials i de salut que influeixen en el benestar de la persona des d'un enfocament interdisciplinari mitjançant una única porta d'accés.

OBJECTIUS ESPECÍFICS

- Proporcionar atenció integral i continuada a la persona
- Optimitzar l'eficàcia dels serveis i prestacions, recursos i professionals
- Millorar l'atenció al ciutadà

OBJECTIUS OPERATIUS

- Unificar protocols d'actuació, evitar duplicitat
- Elaboració de projectes conjunts
- Suma de sistemes

METODOLOGIA

La nova forma de treball contempla la creació d'un nou equip de treball que recull la experiència de la coordinació que ja existia entre professionals a la zona.

El passat mes de juliol 2003 es va signar un conveni que transcriu el compromís de treballar conjuntament com un sol equip i ubicat a l'Àrea Bàsica de Salut i es va concretar la posta en pràctica l'octubre passat.

Composició de l'equip actual:

- 2 Diplomades en Treball Social
- 1 Educadora Social
- 1 Infermera comunitària

L'equip depèn funcionalment de Serveis Socials municipal, el treball en equip és coordina des de el Municipi, però hi ha una comissió de seguiment des de la direcció dels dos centres per fer-ne el seguiment, la coordinació, fer els reajustaments necessaris i aprovar les propostes de treball que es considerin oportunes.

Es va fer una Distribució de zona per professionals mèdics i treballadors socials per facilitar la coordinació interna amb els professionals de salut.

Es farà una avaluació a finals de l'any 2004.

ATENCIÓ GRUPAL A CUIDADORS INFORMALS AMB ANGOIXA EN UN ÀREA URBANA.

autors: Ana Maria Pomares Costa, Inés Falder Serna, Amparo Gaitano García M Dolores Garrido Tribaldos, Assumpció Butxaca Cubilo, Cristina Borrajo de Lama, Consol Tomás Edo

paraules clau: educació grupal, relaxació, cuidadors

OBJECTIUS

Disminuir l'ansietat del cuidador informal mitjançant la pràctica de la relaxació de Jakobson i Metàmeras o indirecta.
Aconseguir una pràctica habitual dels exercicis de relaxació per part dels assistents al grup.
Afavorir l'expressions de sentiments creant un clima agradable i de confidencialitat.

MATERIAL I MÈTODE

Per realitzar una actuació integral als cuidadors es considera una segona fase del programa CUIDAR AL CUIDADOR es realitza educació grupal en relaxació a tots aquells cuidadors que refereixen angoixa i es complimenta l'Escala d'ansietat i depressió de Goldberg adequat per si sol per a detectar angoixa i el seu component depressiu segons la bibliografia.
L'activitat grupal consta de 8 sessions i 3 de retrobament als 2m, 3 m3 i sis mesos després de finalitzada l'activitat.
Cada sessió té la durada d'una hora i quinze minuts i es realitzen les tècniques de relaxació de Jakobson i Metàmeras, visualitzacions relaxants i debat sobre les habilitats socials com l'assertivitat, l'ampliació del mapa mental i la resolució de problemes.

RESULTATS I CONCLUSIONS

Les participants refereixen satisfacció sobre el curs per que han disminuït la seva angoixa, han trobat un punt de confidencialitat on expressar els seus sentiments i aprendre de les experiències de les demés.
S'han comprovat quantitativament aquest resultat mitjançant el test de Goldberg i un de satisfacció sobre les sessions.
A més, en el cas de les persones que prenen ansiolítics refereixen haver disminuït la medicació.

PROGRAMA

09.00	RECOLLIDA DE DOCUMENTACIÓ
09.30	ACTE INAUGURAL Presidit per l'Hble. Sra. Marina Geli i Fàbrega. Consellera del Departament de Salut. Generalitat de Catalunya.
10.00	CONFERÈNCIA A càrrec del sr. Mike González, cap del departament d'estudis hispànics de la Universitat de Glasgow.
10.40	Precs i preguntes
11.00	Pausa-cafè
11.30	TAULA RODONA "Evolució, relació, canvi... com?" Ponents: Dolors Colom, Institut de serveis sanitaris i socials i revista Agathos. M ^{re} Concepción Pozo, T social Centro de Salud Villa de Vallecas y Cerro Almodóvar, Madrid. Anna Roig, T Social EAP El Carmel, bcn. Modera : M.Àngels Fuertes, T Social EAP V. Barcino, bcn.
12.30	Precs i preguntes
12.45	COMUNICACIONS ORALS
13.35	Precs i preguntes
14.10	DINAR I VISITA A PÓSTERS (Restaurant La Pèrgola)
16.00	TALLERS : <i>Tècniques de relaxació i respiració</i> <i>Atenció al cos (treballs corporals)</i> <i>Com donar suport sense sentir-nos "exprimits"</i> <i>Em manego bé amb les emocions pròpies i /o aliènes ?</i> <i>Com treballar el dol i les pèrdues.</i> <i>Que faig més sovint, confrontar o « empassar » ?</i> <i>Em senta bé com treballo o puc modificar alguna cosa en mi?</i>
17.30	CAFÈ
17.45	INTERCANVI D'EXPERIÈNCIES.
18.30	LLIURAMENT PREMIS PÒSTERS I COMUNICACIONS
18.45	CONCLUSIONS I ACTE DE CLOENDA, presidit pel Dr. Ramon Morera. Director de la Divisió d'Atenció Primària. Institut Català de la Salut.

AUXILI, JA NO PUC MÉS! UN DECÀLEG DE SUPERVIVÈNCIA PER AL PROFESSIONAL CREMAT.

autors: carne piqué anguera i francesc domingo salvany

paraules clau: Prevenció/Esgotament professional/Atenció Primària

INTRODUCCIÓ

L'actual situació de limitació pressupostària i, a la vegada, la insistent propaganda de tots els drets que els usuaris podem exigir, deixa al professional en una situació semblant a la del "pernil de l'entrepà". I és aquí on el cost del sistema pot esdevenir excessiu: el de cremar els professionals responsables.

OBJECTIUS

Millorar el nostre estat de salut integral i crear un espais de trobada i de reflexió..

METODOLOGIA I INTERVENCIONS

A la nostra zona els mateixos professionals d'atenció primària ens hem interessat en aquesta vessant de la nostra formació. "Saber tenir cura d'un mateix per poder tenir cura d'altres". Les jornades bianuals de l'Associació Catalana per la Infància Maltractada, les reunions mensuals interdisciplinàries de coordinació i el treball en equip ens han permès trobar sortides a les situacions de tensió i sobrecàrrega que poden despassar•nos.

RESULTATS

Les reunions mensuals interdisciplinàries de la xarxa socio•sanitària han quedat plenament consolidades i es desenvolupen al llarg de l'any amb un total de 8 reunions generals. Pel que fa a les jornades s'han dut a terme quatre Jornades ACIM•Terres de Ponent (1999•2000•2002 i 2003) amb una formació de 20 hores cadascuna i amb un total de 146 professionals participants .

CONCLUSIONS

Ens cal millorar la nostra formació professional en els dos aspectes: els continguts i les actituds. Hem d'estar "preparats per" i "estar disposats a" atendre els infants i les famílies amb l'ajut de tota la xarxa sòciosanitària de la que formem part, convençuts que tot allò que invertim en ser equilibrats i saludables beneficiarà directament a aquells que rebin quelcom de nosaltres.

LA INTERVENCIÓ DEL/LA TREBALLADOR/A SOCIAL DE L'EAP DINS EL PROGRAMA ATDOM

autors/es: Gallego Pérez, Montserrat; González Camas, Noelia; Hernández Orenes, Glòria; Nogués Farré, M^a Neus; Pagès Ferrés, Susana; Teixidor Camps, Àngels.

CAP SALT

paraules clau: Intervenció. Treballador/a Social. P. ATDOM

OBJECTIUS

- 1) Definir i donar a conèixer les tasques que realitza el/la Treballador/a Social en les visites del P. ATDOM
- 2) Conscienciar de la importància del rol del Treballador/a Social en el P. ATDOM.
- 3) Oferir una atenció integral que cobreixi les necessitats bio•psico•socials que gairebé sempre presenta l'usuari del P. ATDOM

MATERIAL I MÈTODES

El treball està basat en la descripció de les tasques que realitza el/la Treballador/a Social d'un EAP de Salut dins el P. ATDOM

S'estructura en diferents fases:

- 1) Qui ens deriva els casos. Com ens arriben?
- 2) Visita de tots els membres de l'EAP al domicili
- 3) Visites de seguiment
 - 3.1• Valoració interdisciplinària
 - 3.2• Estructuració d'un Pla de Treball
 - 3.3• Avaluació del Pla de treball i redifinició, si cal.

CONCLUSIONS

- 1) Un EAP sense la figura del/la Treballador/a Social és un equip coix, ja que NO podrà donar una resposta integral a les necessitats bio•psico•socials de l'usuari ATDOM
- 2) El/la treballador/a Social és la persona d'enllaç amb els serveis i recursos externs i /o de la comunitat, ja que n'es un/a perfecte coneixedor/a.
- 3) La intervenció del Treballador/a Social permet detectar situacions de risc que poden derivar per exemple a : claudicacions familiars, maltractaments a la gent gran etc...

PONENCIES

ESTUDI ESTADÍSTIC DE PERSONES IMMIGRANTS, CONSIDERATS SENSE RECURSOS, DE DIFERENTS A.B.S. DE LA SAP SEGRÀ•GARRIGUES.

autores: Rosa M. López Cervelló, ABS Alcarràs, Ruth Solé Gallart, ABS Ronda de Lleida, Enriqueta Cacho Jové, ABS Eixample de Lleida, Mar Peña Ocaña ABS Onofre Cerveó de Lleida, Maria Casamajor Escuer ABS Bordeta de Lleida, Pepita Capdevila Segura ABS Borges Blanques, Divina Farré Codina ABS Balafia•Secà•Pardinyes de Lleida i Teresa Olarte Coll ABS Almacelles

RESUM

S'ha fet un estudi estadístic de la població nouvinguda enregistrada per les treballadores socials dels CAPs de les vuit ABS de la SAP Segrià•Garrigues. S'ha escollit tres variables: país d'origen, edat i sexe. El total de persones immigrants registrades entre tots els CAPs, durant els mesos de gener, febrer i març de 2004, és de 888. S'ha de senyalar que s'han agrupat els diferents països d'origen en continents; així, doncs tenim que el 29'50 % prové d'Europa, el 39'41 % d'Àfrica i el 31'08 % d'Amèrica (d'aquest continent sols són de països de Sudamèrica) També s'ha fet grups amb les edats: de 0 a 14 anys 130 persones; de 15 a 65 anys 750 persones i els individus més grans de 65 anys són 8 persones. I per últim el gènere: el 51'80 % són homes i el 48'19 % restant són dones.

OBJECTIU

Conèixer el país de procedència de la persona immigrant sense recursos atesa en el primer trimestre de l'any 2004 a les diferents Àrees Bàsiques de Salut de la SAP Segrià•Garrigues. Conèixer l'edat i el gènere que tenen les persones immigrants sense recursos que arriben a les nostres ABS.

MATERIAL I MÈTODE

Registre de sol.licituds individuals de reconeixement del dret a l'assistència sanitària pública, pels treballadors socials de les vuit ABS de la SAP Segrià•Garrigues.

RESULTATS I CONCLUSIONS

Les persones immigrants sense recursos, registrades a les ABS pel treballador social de la SAP Segrià•Garrigues, segons el país d'origen, són d'Àfrica, seguit de Sudamèrica i per últim Europa. Segons l'edat, el noranta nou per cent de persones nouvingudes són menors de 65 anys. I, segons el sexe hi hauria un 3'71 % més d'homes que de dones.

PROTOCOL D'ACOLLIDA A IMMIGRANTS DE TREBALL SOCIAL

autores: Ruth Solé Gallart ABS Ronda Lleida, Maria Rosa Lopez Cervelló ABS Alcarràs, Enriqueta Cacho Jove ABS Eixample de Lleida, Maria Casamajó Escuer ABS Bordeta•Magraners de Lleida, Divina Farré Codina ABS Balafia•Secà•Pardinyes de Lleida, Mar Peña Ocaña ABS Onofre Cerveró de Lleida, Pepita Capdevila Segura ABS Borges Blanques, Teresa Olarte Coll ABSAlmacelles.

RESUM

L'abordatge social en la població immigrant representa un repte donades les dificultats derivades de les desigualtats socioeconòmiques, legals i culturals dels immigrants, que condicionen la seva deficitària vinculació al nostre sistema de salut. També la dèbil xarxa social, amb una intervenció atomitzada des dels diferents dispositius implicats, actua, en moltes vegades, en detriment d'una favorable evolució clínica dels problemes de salut que presenten, i del projecte migratori en tant que, en moltes ocasions, ni tant sols es cobreixen les seves necessitats vitals bàsiques. Es fa palesa la necessitat de treballar des d'una perspectiva integradora, així doncs, girem la mirada vers aquest grup de persones noves en el nostre entorn, que han vingut a buscar oportunitats per tenir un millor futur, i que no hem de classificar per les dificultats que tenen de llengua, cultura i religió entre altres. Per això, se'ns ha fet necessari elaborar un protocol per unificar actuacions i criteris de treball alhora d'atendre a aquesta població.

OBJECTIU

Protocolitzar la intervenció en Treball Social envers la població immigrant, per unificar criteris de treball, per tal d'aconseguir les mateixes línies d'actuació en el camp del Treball Social, donat l'augment de la demanda de la població immigrant que arriba a les nostres consultes.

MATERIAL

Documentació i bibliografia relativa a la immigració i el Treball Social.

METODE

Tríptics informatius, traduïts als idiomes: català, castellà, anglès, francès i àrab, ja que del nostre estudi se'n despren que la majoria d'usuaris immigrants atesos en les nostres consultes són d'aquestes nacionalitats. Dins d'aquest protocol s'inclou, tant a nivell individual com comunitari els objectius generals i específics, les funcions, les activitats, l'àmbit d'actuació, els recursos, les tècniques i les coordinacions.

CONCLUSIÓ

Protocolitzar la intervenció en Treball Social en la població immigrant

EL CARMEL, UNA MUNTANYA AMB VISTES...

Anna Roig Campo
Treballadora Social

Presentació

La meua ponència parteix de la pràctica quotidiana i, concretament, del treball d'atenció primària (salut, ICS) que és on sempre he estat treballant com a treballadora social.

Com a elements teòrics, no hi ha cap aportació novedosa, si potser una manera diferent de fer les coses i que ho vincula al títol d'aquesta taula: "Evolució, relació, canvi, com?"

M'agradaria que les experiències/projectes que us explicaré, i que, com ja us he dit anteriorment sorgeixen de la pràctica, servissin per informar-vos, alhora que per donar-vos elements de reflexió i, sobre tot, estímuls per la posada en pràctica d'accions, gairebé sempre positives, malgrat les dificultats que han de superar-se en aquest camí de fer treball amb la comunitat. Tot i que avui em correspon a mi explicar-les, i això dona un cert protagonisme, participen en aquests projectes moltes persones i professionals i és això justament el que ho fa més enriquidor.

Em considero una *persona* afortunada, perquè estic treballant en atenció primària, que és on vull estar. Crec en el treball social d'atenció primària, malgrat que en algunes ocasions "m'instal·lo en la queixa" com bastants de nosaltres. Crec en la relació d'un tot (comunitat, associacions, voluntaris, tècnics, administració) i en un territori definit.

En la jornada d'avui, la proposta es reflexionar sobre altres maneres de fer, adaptades als nous temps, i on sembla que l'atenció individual i familiar no hi té massa cabuda. Ja que tota la meua ponència es referirà a altres models d'intervenció, m'agradaria aturar-me un moment i fer un petit incís sobre la importància que crec que té aquest nivell d'intervenció. Estem en un canvi d'època on les noves tècniques, la pressa, la dinàmica quotidiana la ràpida resolució de les coses, la individualitat... són valors en alça, que sovint no permeten un espai d'acollida i d'acompanyament a les persones en els seus problemes i aquest es un punt que hauríem de considerar.

Una altra perspectiva del treball individual/familiar és l'orientació comunitària, que considero indispensable que ha de tenir qualsevol intervenció en aquest nivell, això reforça la meua creença que en la primària es poden fer moltes coses.

Dic *persona* afortunada i no professional afortunat, perquè malgrat hi un tècnic darrera, cada cop tinc més incorporat que en la nostra professió, el model professional amb el que et posicionen i vius la feina té molt a veure amb el teu projecte vital. Amb aquesta afirmació no vull que s'entengui que la intervenció professional suposa necessàriament un compromís personal amb la comunitat en la qual es treballa, evidentment, si el compromís professional.

Us explicaré tot un seguit d'activitats, projectes i programes on el Centre de Salut hi és molt present i especialment el treballador social que, per motiu de la seva disciplina i formació, és el professional més adequat per fer les tasques de vinculació del EAP amb la comunitat.

Una de les característiques més significatives d'aquestes experiències, és la reflexió conjunta de professionals de diverses disciplines i diverses institucions, treballant sempre en un model de investigació-acció.

La majoria dels projectes sorgeixen dels tècnics de les administracions (barri) i del diagnòstic de les necessitats que ells fan i que es proposen a la comunitat per vincular-se i compartir.

El projecte de dinamització del barri, que inclou tots els projectes, és el que treballa per construir i elaborar un diagnòstic comú en el qual tots hi estan implicats. El protagonisme és de les persones que habiten al barri i també de les que treballen al barri. Sense aquest protagonisme de la gent és

impossible modificar/millorar les coses.

Abans d'explicar-vos els projectes us situaré en l'espai.

Breu història del barri del Carmel

El barri del Carmel està situat dins el Districte Municipal VII, Horta-Guinardó, al centre-nord de Barcelona. Limita amb els barris de Taxonera, Parc de la Vall d'Hebron, La Clota, Horta, Font d'en Fargues, Guinardó, Can Baró.

Una de les característiques bàsiques és la seva situació, damunt la muntanya del Carmel, amb una alçada considerable i uns forts desnivells. Així, hi ha diferències internes dins el mateix barri. El barri de baix, més comunicat amb la ciutat i més comercial i el de dalt, més mancat de serveis i més deteriorat.

La situació urbanística actual del Carmel, és el resultat de dos processos històrics. Per una part una situació d'aïllament geogràfic i per l'altra, un seguit d'operacions immobiliàries lligades al problema de l'habitatge i la precarietat econòmica generada pels fluxes de migració.

La història del Carmel comença amb la construcció d'un Santuari a mitjans del s. XIX dalt d'un turó que donava al Pla de Barcelona. L'edificació de petites torres on els barcelonins hi anaven a passar les festes, va portar a la constitució d'un municipi l'any 1875. Sis anys més tard, el 1881, es va construir una carretera de corbes que connectava el turó amb la ciutat.

Fins l'any 1930 es van construir torres de planta baixa i pis amb un petit jardí-hort, que van conformar el clàssic barri de casetes i hortets.

A partir de l'any 1948 començaren a construir-se barraques que s'estengueren ràpidament per tota la zona, aprofitant la manca de legislació i de la no existència d'una política urbanística. Més tard, entre 1950 i 1953 començà un procés d'autoconstrucció d'habitatges molt lligat al barraquisme i a la migració.

En la dècada dels anys 60, i, també en aquest cas, per falta d'un pla urbanístic, les promotores immobiliàries van construir blocs de pisos amb escassetat de bones condicions i poc estètics. L'increment de la població de la zona i la situació de precarietat van ocasionar que en la dècada dels anys 70 sorgís el moviment ciutadà de lluita col·lectiva. L'associació de veïns va convertir-se en una de les més importants de la ciutat. Les seves propostes eren força imaginatives i resolutives de cara a assolir millores urbanístiques, de serveis, de transports. Cap els anys 80 el moviment va anar perdent força donant pas a les associacions.

Una de les peculiaritats del barri del Carmel són el gran nombre de barreres arquitectòniques, carrers amb pendents força pronunciats, carrers estrets i, actualment, plens de cotxes mal aparcats a les voreres.

Cal remarcar que tota aquesta situació geogràfica i urbanística no només afecta l'aspecte físic del barri sinó també els comportaments humans i les relacions socials.

Finalment, cal dir que, com molts dels barris de Barcelona, actualment el barri del Carmel es troba en un procés de millora dels equipaments urbanístics i de serveis.

Com a premisses a destacar hi ha:

- Barreres arquitectòniques importants.
- Nombre elevat d'habitatges d'autoconstrucció.
- Associacionisme històric.

CAP Carmel

El Centre d'Atenció Primària del Carmel va obrir-se l'any 1.990. És un Centre de nova construcció situat a la part alta del barri del Carmel. El Centre va ésser molt ben rebut pels veïns, que durant anys havien estat demanant aquest equipament pel barri. La població total històriada al CAP és de 24.317 usuaris.

CIRCUIT D'ATENCIÓ A L'IMMIGRANT. DOCUMENT DE CONSULTA PER A TREBALLADORS SOCIALS DEL SAP DE MANRESA.

autores: Torregrosa Béjar, Núria; Güell, Maria; Carbonell, Anna; Montfort, Agnès; Pampalona, Teresa.

Paraules clau: Circuit,immigrant

OBJECTIUS

- Consensuar les diferents actuacions professionals que es realitzen des del treball social individual, d'atenció primària en salut, amb l'immigrant.
- Facilitar un instrument de treball àgil sobre les diferents actuacions professionals que es donen amb els immigrants.

MATERIAL I MÈTODE

Àmbit d'estudi: Les diferents intervencions professionals amb la població immigrant que es poden donar des del Treball Social individual d'Atenció Primària en Salut.(SAP Manresa).

Mesurament: Recollida de variables bàsiques en l'atenció individual/directa. Consultes bibliogràfiques. Sistematització de recursos i sistematització de les diferents informacions i actuacions possibles.

RESULTATS

Circuit d' Atenció

- Població Infantil (<15anys,3•16anys,12•16anys,nenes d'Àfrica subsahariana....)
- Integració Laboral(treballa sense permís de residència, no treballa i no permís de residència...)
- Ajudes i prestacions(ajudes puntuals, ajudes per medicació, derivació per PIRMI...)
- Documentació (Empadronament/TIS/Permís de residència ...)
- Dificultats de comunicació(dificultats de comunicació a nivell de consulta urgent/CP/programada)

CONCLUSIONS

El circuit d'atenció és un model d'informació/intervenció a l'immigrant que es pot aplicar a l'entrevista d'acollida i en qualsevol moment del seu procés d'adaptació.

Integra aspectes preventius, d'assistència i de treball en equip.

El circuit es pot incorporar a un protocol on estiguin integrats la resta de professionals de l' Equip d' Atenció Primària.

TREBALL SOCIAL I SALUT SEXUAL I REPRODUCTIVA

Autors: Carme Vilana, Chelo Garcia, Marta Pérez, Montserrat Margarit, Sandra Bou, Sonsoles Jiménez

paraules clau: Salut Sexual i Reproductiva

OBJECTIUS

- Donar a conèixer el rol del treballador/a social dins els equips d'Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva.
- Donar a conèixer els resultats de la interrelació entre el grup i la nostra experiència.

MATERIAL I MÈTODES

Àmbit d'estudi:

- La interrelació del Treball Social en relació a la planificació familiar a la salut sexual i reproductiva.

Subjectes:

- La figura i el rol del treballador social.

Mesuraments:

- Revisió de la història del treballador social dins la planificació familiar durant el període comprés entre el 1979 i 2003.
- Recerca bibliogràfica sobre les funcions i activitats de la figura del treballador social.
- Anàlisi del funcionament del grup i les aportacions individuals dels seus components a partir de la revisió de les "actes".
- Recerca i anàlisi dels aspectes jurídics de la nostra professió dins de l'atenció a la salut sexual i reproductiva.

RESULTATS I CONCLUSIONS

- La figura del treballador social ha anat desapareixent en els equips socio-sanitaris del nostre àmbit.
- Aquesta desaparició a repercutit:
 - o En els grups socialment vulnerables.
 - o Els equips interdisciplinaris que han perdut els aspectes més socials de la salut.
- El grup de treball ens ha servit per reflexionar en altres metodologies d'intervenció: com són les grupals i les comunitàries.
- Unificar criteris d'actuació.

VALORACIÓ

- Valorem positivament la nostra experiència i creiem de gran importància la creació de grups de treball com a intercanvi d'experiències tant a nivell personal com professional.

L'EAP està format per 11 metges de família, 4 pediatres 15 infermeres, 1 odontòleg, 1 auxiliar d'infermeria, 10 administratius i 1 treballadora social.

Unes de les característiques a destacar de l'EAP i, especialment referides al tema que ocupa aquesta ponència, és la estabilitat laboral dels professionals i el fet que és un centre acreditat per a la docència.

Des dels inicis de l'EAP, alguns professionals, especialment els d'infermeria tenien molt incorporat, i tenien moltes ganes el fet de fer activitats que el personal d'infermeria defina com "sortir a la comunitat".

Durant l'any 1991 es van fer un conjunt de xerrades al Casal de gent gran del barri on es parlava de diverses patologies cròniques i de manera preventiva.

També es van fer tertúlies de salut al "grup estable de dones" que es reunien al Centre Cívic. Un dels objectius principals d'aquestes trobades era debatre diversos temes d'interès proposats per elles mateixes.

Es van fer algunes xerrades puntuals a les treballadores familiars que en aquell moment tenien dependència directa del Programa de Gent Gran de Generalitat.

Unes xerrades van ser per reforçar la campanya de la vacunació de la grip i altres per tractar alguns temes de salut /gent gran que els eren d'interès.

Van ser això, sortides a la comunitat. Unes activitats puntuals que no s'emmarcaven gairebé mai en cap programa concret, i que no tenien cap previsió de continuïtat en el temps.

Com a punts molt positius d'aquestes activitats, podem destacar:

- entusiasme i participació dels professionals per endegar maneres diferents de fer.
- treball en equip multidisciplinari
- transmetre uns continguts teòrics amb altres metodologies.
- desplaçar-se físicament on estava la població, desproveïnt-se així de "bata" i "taula".

A continuació detallo les experiències amb orientació comunitària que s'han dut a terme al nostre CAP i que encara funcionen:

1. TALLER D'EDUCACIÓ SANITÀRIA EN GRUP PER A DIABÈTICS.

A l'EAP sempre han estat presents els criteris de prevenció i promoció de la salut i el fet d'intentar treballar-los de maneres diferents, (a l'atenció individual), i adaptades al barri.

Les primeres dades que es van poder conèixer en aquell moment feien referència a malalties cròniques i, en concret, a persones diabètiques. Va valorar-se la pertinença, la facilitat i la documentació d'experiències anteriors, per poder plantejar la intervenció grupal.

Alguns professionals de l'EAP van fer formació sobre tallers d'educació per a la salut.

Va ser la primera ocasió en la que va crear-se una comissió de treball formada per infermeres i treballadora social i va fer-se un projecte d'intervenció amb grup.

Els conceptes eren els següents:

- reflexió sobre el model d'intervenció, fonamentalment participatiu.
- metodologia
- avaluació

Aquest esquema, amb algunes modificacions, és el que encara s'utilitza actualment.

El taller d'educació per a persones diabètiques es realitza un cop l'any i han fet el taller uns 189 usuaris del nostre CAP.

2. GRUP D'AJUDA MÚTUA DE PERSONES AFECTADES DE FIBROMIALGIA

Aquesta és una activitat d'orientació comunitària que es realitza al CAP des de principis de l'any 2003.

El motiu d'articular i facilitar aquest grup va ser: per una part l'increment de diagnòstics d'aquesta patologia, i per l'altra, la poca resposta des del punt de vista mèdic/biològic a aquesta malaltia. Es va iniciar com a grup de suport entre les mateixes afectades, però l'Associació Catalana de Fibromiàlgia va crear una delegació al districte, on totes les usuàries del grup van decidir que en serien membres. Per no duplicar activitats, el grup del CAP va reconvertir-se, durant el primer trimestre del 2004, en un grup d'acollida per a persones recent diagnosticades del CAP. Actualment, es troba sobre la taula una proposta de constituir-se com a grup de salut dins l'Associació.

3. COSACO. COMISSIÓ DE SALUT COMUNITÀRIA

El CAP Carmel és un Centre acreditat per a la docència de metges de família des de l'any 1994. Això fa que els residents mantinguin actualitzat el diagnòstic de salut de la comunitat (dades objectives i enregistrades).

Aquestes dades bàsiques i la motivació d'alguns professionals de l'EAP van conduir i motivar la creació de la Comissió de Salut Comunitària del Carmel (COSACO) que va iniciar les seves activitats l'any 2000.

Aquesta Comissió interprofessional està constituïda per metges de família, pediatres, personal d'infermeria, administratius i treballadora social, i es treballa amb el model Atenció Primària Orientada a la Comunitat (APOC)

El model APOC es defineix per: "pràctica unificada de l'atenció primària individual i familiar amb la comunitària dirigida a millorar la salut de la comunitat com un tot".

Els fonaments d'APOC són l'epidemiologia i el desenvolupament de la salut comunitària.

Les bases de l'APOC són:

- l'existència d'una comunitat definida
- l'ús complementari d'habilitats clíniques i epidemiològiques
- el treball per programes de salut comunitaris
- la participació de la comunitat.

Des de la seva constitució, la comissió COSACO ha hagut de patir i pateix algunes dificultats:

- Als inicis, grup molt nombrós de professionals que feia molt difícils avançar
- Manca de formació dels professionals respecte la intervenció comunitària
- Diversitat d'expectatives per part dels professionals
- Nul·la experiència prèvia de treball amb aquest model.
- Dificultats en ajustar horaris.
- Manca de suport institucional.
- Incomprensió per part de la resta de l'EAP

Malgrat aquestes dificultats, el COSACO ha avançat de manera lenta però positiva i ha pogut arribar a consensuar criteris.

Fases que s'han realitzat:

COORDINACION INTERNA DE UN EAP SOBRE TEMAS SOCIALES, IMPRESCINDIBLE PARA TRABAJAR EN RED.

autora: Lucia M^a Marrodan Saenz.

palabras clave: Trabajo Social, coordinación, salud

OBJETIVOS Metodología de la coordinación de TS con médicos y enfermeras.
Reforzar el trabajo en equipo.
Tipología de los pacientes atendidos.
Encuesta para averiguar inquietudes del EAP, sobre el social.

DISEÑO

Se propone la posibilidad de reuniones semanales conjuntas. En una libreta se anotan los pacientes tratados, propuestos en su mayoría por la trab. soc. y otros por UBAs.

ACTIVIDADES

Se diseña una encuesta, que posteriormente se pasa al EAP. Durante el año 2.003 se recogen los datos.

RESULTADOS

Tipología de pacientes

Enfermedad crónica	76
Enfermedad terminal	52
Dificultades bio*psico*sociales a la edad adulta	42
Dificultades bio*psico*sociales a la edad infantil	8
Problemas familiares	31
Disminuidos	17
Salud mental	21
Adicciones	6

TOTAL

Visitas totales de trab. soc. (incluye otros EAP)515

La encuesta refleja que la mayoría de profesionales prefiere reuniones mensuales en la sala del equipo, la necesidad de coordinarse y recibir más información sobre el TS.

CONCLUSIONES

Creación de un espacio de colaboración conjunta, para intercambio de información, conocer la realidad del paciente, limitaciones de cada profesional,...

Hay una mayor satisfacción de los profesionales, ante la complejidad sanitaria/social, lo que permite incrementar la calidad asistencial, no duplicando actuaciones y ofrecer el mejor recurso posible.

Rentabilizar y gestionar correctamente el tiempo de cada uno/a.

Asegurar confidencialidad, por realizarse la coordinación en sala de trabajo cerrada.

Mejora de las anotaciones en HCAP, porque está disponible.

LA CREACIÓ D'UN GRUP D'AJUDA MUTUA A L'ÀREA BÀSICA DE SALUT: UNA EXPERIÈNCIA DE TREBALL EN XARXA.

Autors: Laura Jiménez, Treballadora Social. Sílvia Terricabres, Infermera. Montse Collet, Infermera. M. Antònia Cat, Infermera. M. Eugènia Adzet, Metge de Família. ABS Granollers Oest•Canovelles

Paraules clau: Cuidadors. Demència. Grup d'Ajuda Mútua.

OBJECTIU crear un grup d'ajuda mútua (GAM) per donar suport als cuidadors i familiars de malalts amb demència.

MATERIAL I MÈTODES Disseny: descriure el procés de creació d'un GAM en una Àrea Bàsica de Salut (ABS) semirural. Participen en el projecte: l'Associació de Familiars d'Alzheimer de Barcelona (AFAB), l'ajuntament de Canovelles i l'ABS.

L'ajuntament col·labora amb la cessió dels locals i en finançar una part del cost del personal de l'AFAB. Aquesta cedeix una psicòloga especialitzada per conduir les reunions i fa la difusió dels actes informatius.

L'ABS ha creat una comissió formada per tres infermeres i la treballadora social i s'ha encarregat de la captació dels malalts amb demència i dels seus cuidadors, d'elaborar i passar un qüestionari als cuidadors per valorar el grau d'interès i la disponibilitat per acudir al GAM i elaborar el calendari de sessions, que són quinzenals i amb una durada de 9 mesos.

RESULTATS I CONCLUSIONS l'estudi està en fase inicial per la qual cosa no hi ha encara resultats. En acabar el període es valorarà mitjançant enquesta l'interès i les dificultats que els cuidadors tenen davant d'un GAM i el grau de satisfacció dels participants.

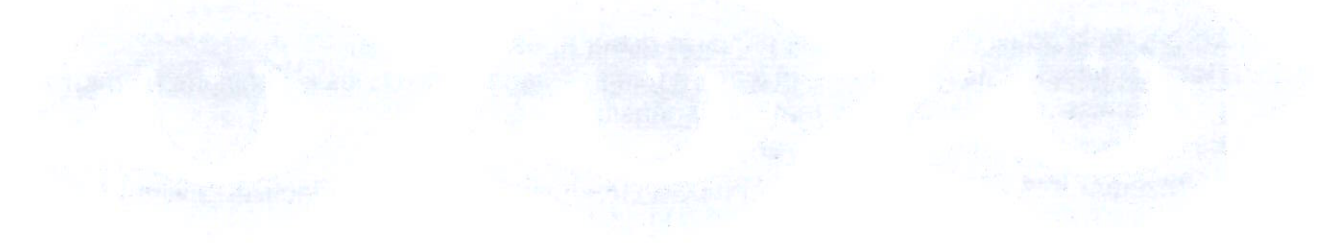
1) Diagnòstic de salut de la comunitat:

- a través de dades objectives (CAP, SAP, Municipals)
- qüestionari qualitatiu als professionals del EAP sobre els problemes de salut més significatius del barri.
- treball amb grups focals de la comunitat sobre els problemes de salut més significatius al barri. 4 grups focals.

2) Priorització del problema de salut.

3) Elaboració del document de diagnòstic de salut

Actualment, i amb els problemes de salut prioritzats, i per la intervenció amb la comunitat, el COSACO ja ha entrat a formar part (l'any 2004) del Pla de desenvolupament comunitari del barri. Inicialment, la previsió era treballar en dos àmbits, infància /adolescència i gent gran.



PROJECTES COMUNITARIS INTERINSTITUCIONALS**A. CETIC, COMISSIÓ DE TREBALL INTER-INSTITUCIONAL**

Projecte d'atenció a la vellesa del barri del Carmel.

El projecte sorgí arran de la convicció dels professionals d'atenció social primària del barri en els àmbits de salut i serveis socials (Institut Català de la Salut, Càritas Carmel i Serveis Socials de l'Ajuntament de Barcelona), de que es podia millorar la coordinació institucional i així evitar la duplicitat d'intervencions de diferents serveis. Així mateix es va veure la necessitat d'informar de les nostres valoracions a la comunitat perquè coneguéssim i podéssim vincular-se, i prendre consciència de la importància de la seva implicació a l'hora de trobar respostes a les problemàtiques que els afecten. Per tot això, es va decidir crear una comissió de treball inter-institucional per tal d'elaborar un projecte d'intervenció amb la gent gran del territori.

A partir de la creació d'aquesta comissió - any 1999- es concreten trobades quinzenals de treball, amb els objectius d'establir una metodologia d'intervenció comuna, on prima la complementarietat a les respostes en el treball entre serveis i entitats públic-privades, per tal d'afavorir la qualitat en les intervencions i la rendibilitat dels recursos desplegats. Un altre objectiu que prima en aquesta comissió és el de definir línies prioritàries d'intervenció segons les necessitats detectades que presenta la gent gran al barri. Es treballa en la línia d'implicar cada cop més a les entitats i serveis del barri vinculats a aquest sector de població, en la recerca d'alternatives per a la resolució de problemes que els afectin.

Per fer un diagnòstic, i establint un ordre de prioritats en la intervenció, el projecte s'inicia fent un estudi de les necessitats que presenta la gent gran del barri.

Els objectius generals que van marcar-se són:

- Millora de la qualitat de vida de la població diana (més de 64 anys)
- Detectar necessitats de la població diana a partir de cadascuna de les institucions membres de la comissió, per tal de anar fent un diagnòstic comú.
- Establir línies prioritàries de intervenció.
- Aconseguir una coordinació i una complementarietat en el treball efectiva, eficient i àgil entre les institucions públic-privades que incideixen en el barri.
- Promoure accions comunes d'intervenció individualitzada, grupal i/o comunitària, dirigides a millorar la qualitat en l'atenció al grup diana.
- Sensibilitzar la població en general de les necessitats de la gent gran.
- Potenciar accions que derivin en la implicació de les entitats de gent gran, i de la població en general, per tal de trobar respostes conjuntes a les problemàtiques que es detectin.

A partir de les primeres dades de diagnòstic i prioritització va diferenciar-se el treball en tres nivells d'intervenció per ordenar-ho, però entenent els tres nivells com un tot vinculat.

- 1) Nivell individual: amb l'elaboració d'un projecte d'atenció individualitzada que té com a objectiu millorar la derivació i la coordinació de casos entre les tres institucions.
- 2) Nivell grupal: amb el disseny de dos sub-projectes que estan en funcionament des de l'any 2000.

¿Grup de suport emocional per a familiars/cuidadors de malalts d'Alzheimer, juntament amb Associació Alzheimer Catalunya.

¿Grup de voluntariat.

BENVINGUT, BIENVENIDO, WELCOME,**Autors:**

Carme Castells Perucho, Roser Durano Palacín, Anna Granja Fité, Olga Senallé Borrell, Josep Ramon Gasa Capdevila, Toni Calvet Bellera.

Paraules Clau: Guia acollida immigrants.

OBJECTIUS

Donar informació dels recursos socials i sanitaris existents a la nostra comunitat.
Facilitar l'accés als serveis sanitaris i socials a les persones immigrants.

JUSTIFICACIÓ

Degut a l'augment progressiu del nombre de persones immigrants que han arribat a les nostres comarques, de diferents cultures i idiomes, s'han incrementat les dificultats d'adaptació i integració i a la nostra comunitat.

En l'àmbit sanitari, els professionals dels EAPS, hem palpat la necessitat de realitzar una guia que els faciliti l'accés als serveis sociosanitaris.

Els Treballadors Socials de l'EAP, com a professionals que sovint som els primers que rebem aquests col·lectius, proposem l'elaboració d'una Guia d'acollida que permeti l'acompliment d'aquest objectiu.

ÀMBIT D'ESTUDI

Àrea Rural. 7 ABS. Zona rural.

SUBJECTES

Població immigrada a les nostres comarques.

INTERVENCIONS

Confecció d'una guia que resulti entenedora a la persona immigrada que arriba a les nostres comarques, editada en diferents idiomes, que reflecteixi l'accés als centres sanitaris, als professionals sanitaris, als horaris laborals i als serveis de què poden disposar.

RESULTATS

S'ha realitzat el circuit i els dissenys per al contacte amb els immigrants a les ABS.
S'estan validant els diferents fulls d'informació.

LA SALUT BUCODENTAL ESCOLAR: COORDINACIÓ I COL.LABORACIÓ ENTRE L'EAP, L'EQUIP DE SALUT COMUNITÀRIA I LES ESCOLES

autors/es:

Glòria Muniente, treballadora social, EAP Roquetes, 932768068, gmuniente.pbcn@ics.scs.es.

Àngels Jiménez, odontòloga, EAP Roquetes.

Encarnación García, auxiliar de clínica, EAP Roquetes

Montserrat Agramunt, infermera de pediatria i adjunta de l'EAP Roquetes

Toni Dedéu, metge i director de l'EAP Roquetes

Montse Petit, infermera de l'Equip de Salut Comunitària Nou Barris

paraules clau: bucodental, coordinació, escolar

OBJECTIUS

Implementar el Programa Salut Bucodental a les 3 escoles de Roquetes. Treballar en estreta coordinació amb l'Equip Salut Comunitària i les escoles. Fomentar hàbits saludables en els escolars i les famílies.

MATERIAL I MÈTODE

Es consensua una intervenció esglaonada de manera que el primer any s'intervé a les tres escoles a 1è curs. El curs 2002/2003, la intervenció ja es fa a 1è i 3è i el curs 2003/2004, es completa amb 1è, 3è i 5è.

De l'EAP hi participen: odontòloga, auxiliar clínica, infermera de pediatria, treballadora social. De l'Equip de Salut Comunitària: dues infermeres, de les escoles: mestres/ tutors de cada curs i cap d'estudis.

Intervenció: La infermera de Salut Comunitària fa una sessió al CEIP, sobre salut bucodental (hàbits higiènics i alimentació), abans de la visita al CAP.

Els escolars venen al CAP amb la mestra, l'acollida la fa la treballadora social i se'ls passa un video mentre van passant a revisió. Es fa un registre, per informar de la revisió global a l'escola i de la individual a la família, el resultat de la revisió i necessitat de seguiment s'inclou a la HCAP.

Enguany s'ha fet una trobada a través de les AMPA, per reforçar la importància de la prevenció.

Amb els grups de 3è curs s'ha aprofitat també perquè coneguin el CAP com a recurs del barri, dins del crèdit escolar "Coneix el teu barri".

RESULTATS

CEIP	Total alumnes 2001/02	Alumnes revisats 2001/02	Alt risc càries	Total alumnes 2002/03	Alumnes revisats 2002/03	Alt risc càries	Total alumnes 2003/04	Alumnes revisats 2003/04	Alt risc càries
ANTAVIANA	65	57	31	110	95	48	107	90	56
ST.A.M.CLARET	12	11	05	43	37	20	66	53	36
GAUDÍ	21	20	04	31	27	10	64	46	25
TOTAL	98	88	40	184	159	78	237	189	117

CONCLUSIONS: Es garanteix que tots els escolars de la zona siguin visitats dins el Programa Salut Bucodental. El treball coordinat permet donar el mateix missatge, ben articulad, i aprofitant els recursos existents es millora la intervenció. Es reforça l'adquisició d'hàbits saludables des de les escoles. Es detecta un nombre important d'alumnes amb alt risc de càries, seria important poder oferir tractament, sobretot per aquelles famílies amb situació precària.

- 3) Nivell d'intervenció comunitària: inicialment (any 2000) s'encetaren tot un seguit d'accions de projecció comunitària (S'han fet dues jornades i s'està organitzant la tercera pel novembre de 2004) amb l'objectiu de sensibilitzar la població en general de les dificultats i problemes que afecten a la gent gran i especialment a la del barri, així com implicar a les entitats de gent gran del territori. L'objectiu principal d'aquest nivell d'intervenció és el de crear xarxa social.

Actualment tot aquest projecte està molt vinculat al projecte de dinamització de barri (la de desenvolupament social i comunitari) i es treballa conjuntament aquest nivell d'intervenció.

Com tot projecte, aquest també ha passat per diverses fases. Unes més reflexives, altres més creatives, altres introspectives, però totes elles necessàries. Cal remarcar que el resultat del treball realitzat al llarg d'aquests anys permet que es vagi creant i enfortint una xarxa solidària dins el barri, sempre amb l'objectiu de millorar la situació de les persones grans. Al mateix temps també es va enfortint, al barri, la comissió de gent gran del Pla Comunitari, en el qual participem.

Tenint en compte que aquest és un projecte dinàmic que va avançant a partir de les necessitats de la població, i amb l'objectiu de trobar entre tots els agents implicats les solucions més adients, entrem en una fase on incidirem amb més força en la vessant comunitària ja que som conscients que les respostes disponibles enfront les necessitats manifestades són insuficients. A més des del primer moment mai no hem volgut treballar exclusivament a nivell institucional, sinó que hem anat treballant seguint una línia per incorporar les entitats socials i així formar una xarxa cívico-institucional.

B. INTERXAXES

Interxarxes és un projecte pilot que s'inicià l'octubre de l'any 2000 fruit de la necessitat de millora que es detectà en les coordinacions entre els serveis i la necessitat d'establir criteris d'actuació encaminats a evitar moltes de les disfuncions en l'assistència.

Com a definició breu podríem dir que Interxarxes és la implementació d'una xarxa estable de coordinació entre els serveis de Salut, d'Ensenyament i de Serveis Socials d'atenció als infants i als adolescents del nostre districte.

Dins el projecte Interxarxes s'utilitza el concepte de treball en xarxa per definir el treball de col·laboració que dos o més professionals estableixen a partir d'un cas comú, però amb la condició que aquest treball s'inseriï dins d'un pla general que és el propi projecte Interxarxes i que s'enmarca en un pla organitzatiu més general.

Com a tota actuació resulta fonamental definir els principis que l'orienten i així doncs, el nostre paradigma ha de contemplar allò individual allò col·lectiu com a manifestacions diferenciades però referides a un mateix procés.

En la dimensió comunitària conflueixen tres supòsits teòrics:

- la producció col·lectiva d'un nou saber
- la intervenció de diverses disciplines
- l'ètica envers el treball amb les famílies

Els objectius d'aquest projecte són:

- Millora de la qualitat d'intervenció dels serveis
- Augment del coneixement de la realitat de la infància i la família en el territori
- Aprenentatge dels professionals sobre el treball en xarxa
- Formulació de propostes relatives a la creació i/o millora dels recursos existents

Organització:

- Comitè Tècnic/Coordinador del Projecte: format per professionals de diverses disciplines d'atenció directa de les institucions implicades.
- Consell Assessor: representats de les diverses Administracions.
- Comissió Plenària: és el fòrum que agrupa a tots els professionals de la xarxa pública del districte interessats/vinculats en el projecte.

Mètode:

Qualsevol professional de les xarxes públiques del districte que detecti un cas que sigui susceptible de ser derivat al projecte (que compleixi els criteris establerts) pot fer una proposta de derivació a altres professionals implicats, de manera personalitzada i posteriorment, un cop consensuada, de manera formal a Interxarxes.

C. PLA DE DESENVOLUPAMENT COMUNITARI

Carmel Amunt es una associació d'associacions que neix l'any 1999 a partir d'diverses entitats del barri i amb el suport de l'Administració. El seu objectiu es el d'iniciar un projecte de dinamització del barri del Carmel. Compta, des de els inicis amb tècnics de dinamització comunitària.

GUIA D'ACOLLIDA AL NOUINGUT

autors: Eva Masot, Genoveva Mendoza, Sandra Pons, Rosa Segarra, Laura Torné. ABS Vilanova I – CAP Sant Joan

paraules claus: Acollida, Informació, orientació

Davant l'increment constant dels immigrants, tant comunitaris com extracomunitaris i en menor nombre d'altres comunitats autònomes, es planteja la necessitat de crear línies d'actuació específiques per a l'acollida als que serà el seu nou centre sanitari d'atenció primària. S'actua per millorar una utilització poc addient o diferent dels nostres recursos sanitaris potser motivada per una desinformació que es perjudicial per a tots: professionals i usuaris.

OBJECTIUS

- Crear un guia per lliurar en el moment de l'acollida amb la informació bàsica necessària. Elaborar fulls amb contingut casos més específics. Ambdós en diferents idiomes per tal de connectar amb més usuaris.
- Consensuar línies d'actuació a l'hora d'atendre al nouvingut pel que fa al funcionament del centre sanitari i els seus nivells sanitaris.
- Oferir la documentació de cobertura sanitària i la informació de manera immediata.
- L'acollida implica a tot el personal del centre, tant a personal sanitari com al personal d'atenció a l'usuari i treballadora social
- Responsabilitzar al nouvingut en el funcionament del centre i procurar una utilització adequada del sistema sanitari.

MATERIALS I MÈTODES

La treballadora social o el personal d'atenció a l'usuari, en el procés d'alta al Catsalut, entrega la Guia d'Acollida amb una breu explicació dels continguts. L'objectiu es resumir la informació que necessitarà a partir d'ara per sol·licitar els serveis sanitaris del centre d'atenció primària, unitats d'accés directe o centres d'urgències. Aquesta Guia conté informació específica i consensuada pels diferents àmbits, sanitari i administratiu, i tenint en compte les demandes dels diferents col·lectius d'immigrants, tant pot ser un immigrant comunitari o extracomunitari o bé, en menor nombre, d'algú que es traslladi de comunitat autònoma. Inicialment s'ha realitzat en castellà, anglès, francès, àrab i xinès. S'ha implicat a tot l'equip del centre creant persones de referència en tots els àmbit davant possibles casos amb problemàtiques socials, mèdiques o administratives concretes.

L'àmbit d'estudi avarca als nous residents amb hàbits i estructures sanitàries diferents.

CONCLUSIONS

S'avaluarà la satisfacció i la utilitat de la guia, així com els possibles aspectes a millorar, mitjançant una enquesta personalitzada amb els nouvinguts passats 2 mesos després de l'acollida. L'enquesta és simple, de 5 ítems amb una resposta oberta on l'usuari exposarà si ha trobat a faltar alguna informació per tal de millorar els continguts de la guia. Actualment esperem resultats per ampliar-ho a altres idiomes i analitzar la utilitat dels continguts de la guia.

QUIN ÉS EL PERFIL DE L'ENVELLIMENT EN LES PERSONES MAJORS DE 70 ANYS?

autors: López Pisa, Rosa M^a, Colas Taugis, Maribel, Ruiz Jimenez ,Dulce, Dallbe Mallol, Lourdes, Rey Sotelo ,Anna Morell Macaya ,Rosa ABS La Gabarra

paraules clau: Envel·liment, síndromes geriàtriques, qualitat de vida.

L'envel·liment de la població i la necessitat d'optimitzar les intervencions i els recursos sanitaris justifiquen l'anàlisi dels problemes de salut en aquest grup d'edat.

OBJECTIUS

1. Descriure la prevalença de les síndromes geriàtriques, de problemes socials i de salut bucodental de la població major de 70 anys de l'Àrea Bàsica de Salut (ABS)
2. Conèixer el grau de satisfacció amb vida prèvia i el grau d'integració en el seu entorn.

Disseny: Estudi transversal observacional descriptiu.

Àmbit: Població atesa > 70 anys de l'ABS .

Mostra: Mostreig sistemàtic.

Dades i instruments: HCAP informatitzada OMI•AP i protocol valoració geriàtrica.

1. Escales: Lawton, Barthel, Pfeiffer , Yesavage
2. Social: Criteris de consens equip
3. Revisió bucodental.

RESULTATS

N=299. Dones 194(65%)

• Prevalença síndromes geriàtriques:

Polifarmàcia (>5 fàrmacs) 124(41%) Incontinència 121(40%) Trastorns visuals 118(39%) Tristesa 87(29%) Trastorns auditius 73 (24%) Problemàtica social 35 (12%) , entre d'altres.

• Persones que manifestaven estar tristes 87: no patien dol recent 48(16%), dol recent 28 (9%) i 11 (4%) no constava. Les persones tristes sense dol recent manifestaven: Satisfacció vida prèvia 35(73%) i mantenien capacitat prendre decisions 44(92%), aficions 37(77%), il·lusions s/família 29(60%).

• Problemàtica social:

N=35. Dones 27(77%)

Dependència AVD14(41%) Aïllament 13(38%) Ingressos insuficients 12(35%) Necessitat 3^a. persona 12(35%) Manca disponibilitat familiar 5(15%) Mala relació familiar 2(6%)

• Problemàtica bucodental: N =194. Manca > 10 peces dentàries 155(80%)

CONCLUSIONS

- Les síndromes geriàtriques més prevalents són: Polifarmàcia, incontinència i trastorns visuals.
- La tristesa en les persones grans no està relacionada amb la pèrdua de la capacitat de prendre decisions, la satisfacció amb la vida prèvia, les aficions i les il·lusions. És necessari aprofundir aquest aspecte i relacionar-lo amb qualitat de vida.
- La problemàtica social és superior en les dones i respon més a les necessitats detectades pels professionals que a les sentides pels usuaris.
- Els problemes bucodentals prioritàris són la manca de peces dentàries.

Com a activitat prèvia, l'any 2001 va publicar i presentar a la comunitat el diagnòstic comunitari, que de manera participativa, van estar fent durant un any. Dins d'aquest procés participatiu del diagnòstic, es van fer tot un seguit d'activitats encaminades a la creació de xarxa en el barri.

Com a més significatives es poden destacar:

- "Visions del Carmel": un conjunt de fotografies de Claudio Zulian. Aquestes fotografies volen ser una eina per identificar un territori . El Carmel com a lloc d'experiències ciutadanes i amb els veïns com a protagonistes.
- "Miradas Estrañas": un curt metratge a càrrec d'un grup de joves del barri.

En aquest moment més avançat del procés, any 2004, el Pla de desenvolupament comunitari/projecte de barri té com objectius:

- Implicació de les diferents xarxes i comissions de treball (CETIC, INTERXARXES, COSACO, ENSENYAMENT) en un procés de treball col·lectiu que ens permeti consensuar i definir línies de treball conjunt a mig i llarg termini.
- Incorporació de la població en el procés comunitari, donant-los cabuda en la participació en el Pla i en les diverses formes.
- Consolidació del treball amb les Administracions i compartir una realitat comuna que faci possible un treball sostenible i a llarg termini en el territori.

Compta amb l'assessorament global de Marco Marcioni. També, per l'assessorament més directe, amb dos tècnics de l'UAB. I des de els seus inicis amb dos tècnics per dur a terme el treball comunitari del dia a dia.

Els blocs temàtics en els que s'esta incidint actualment són: salut, gent gran , infància i adolescència.

El projecte de barri pretén ser una expressió de la visió col·lectiva que la comunitat del Carmel té sobre ella mateixa i el seu territori. Una visió que no té perquè ser homogènia ni consensuada, però que necessàriament, ha de ser participativa. Això suposa que cal comptar amb tots aquells professionals, persones, grups i col·lectius que tinguin alguna cosa a dir sobre la realitat del Carmel i que vulguin dir-la.

Tot aquest seguit de projectes i activitats que acabo de relacionar i que s'estan fent actualment al barri del Carmel, tenen objectius diferents, orientacions metodològiques diferents, diferents protagonistes, etc. El que tenen en comú és que es fan en una mateixa *comunitat administrativa*: el barri del Carmel i que tenen como objectiu bàsic i principal que siguin de i per a la *comunitat* del Carmel, entenent el terme *comunitat* en el sentit més ampli.

Cada barri, territori, àrea bàsica d'atenció té unes característiques pròpies i allò que és possible en una zona és impossible a un altre. Cal estar actiu, receptiu al que la comunitat vol i necessita per començar a treballar, encara que sigui una petita activitat, aquesta sempre orientada a vincular, a crear xarxa.

Per finalitzar voldria enumerar un seguit de reflexions , compartides amb

companys(professionals/tècnics) dels diversos projectes i que han anat sorgint d'aquest treball conjunt.

TEMPS

- temps de dedicació dels professionals vs treball assistencial
- horaris fora del "horari laboral" (reconeixement institucional, no voluntarisme)
- adequar-se al ritme/temps dels grups de població i d'altres professionals
- necessitat d'una resposta més ràpida a les nostres accions

TREBALL AMB LES PERSONES

- negociació
- pacte
- renúncia
- motivació
- creativitat
- reflexió conjunta
- lideratge compartit
- producció conjunta de teoria

ADMINISTRACIÓ

- potenciació
- dinamitzador
- facilitador
- fugida de protagonismes

El *camí comunitari*, es llarg, ple de dificultats, i amb un compromís professional que compartim amb la població i amb altres professionals. Però alhora també està ple de satisfaccions i experiències molt enriquidores.

Com ja he anat dient és una manera de fer i d'entendre el nostre treball ja que el concepte *comunitat/orientació comunitària* podem aplicar-lo a cadascuna de les intervencions que fem en el nostre encàrrec professional quotidià.

Per finalitzar no voldria deixar de fer una breu esmena a les informacions, dels canvis en el model organitzatiu de la Sanitat a Catalunya en un futur pròxim.

En la ponència he anat referint-me a canvis, època de canvi, nous models d'intervenció, estar receptiu a les dinàmiques socials etc... Encara no tenim cap proposta definitiva pel que fa a la nostra intervenció. Espero que sigui un model pròxim als usuaris que permeti aquesta interacció amb la comunitat.

Barcelona, juny 2004

UNA MIRADA A LA INTERVENCIÓ SOCIAL EN LES URGÈNCIES HOSPITALÀRIES

autors: Mònica Andreu Aranda, Sandra Juncosa Quílez, Bianca Beltrán Bartés

OBJECTIUS

- Evitar ingressos hospitalaris per problemàtica bàsicament social
- Facilitar una atenció integral als malalts atesos a Urgències, quan sigui necessari

MATERIAL I MÈTODES

- Sessió informativa als professionals d'Urgències entorn de la tasca dels treballadors socials (desembre 2001)
- Elaboració d'un circuit de coordinació entre Urgències i Treball Social (TS) (febrer 2002)
- Implementació del circuit de coordinació (juny 2002)
- Sessió informativa a Urgències amb els resultats de les dades d'activitat (març 2004)

RESULTATS

El 2003 es van valorar 46 pacients a Urgències • el doble dels valorats el 2002• mentre que el 2001, previ a aquest treball, només s'havien valorat 8 casos per TS.

L'edat predominant dels pacients (2003) era ≥ 75 anys (73.91%); d'aquest grup el 76.47% eren dones i el 23.53% eren homes.

Les situacions de risc més freqüents van ser: ≥ 75 anys (73.91%); malalts crònics (58.70%); pluri-patologia (41.30%); ≥ 75 anys i vivien sols (36.96%); suport familiar limitat (36.96%).

Dels 46 casos, 8 pacients (17.33%) van ingressar en una unitat d'hospitalització després de ser atesos a Urgències; s'ha comprovat, mitjançant la revisió de la història clínica, que només en un cas la situació sociofamiliar del pacient va influir en la decisió d'ingrés hospitalari.

En 6 casos (13.04%) es va coordinar l'alta amb serveis socials i socio-sanitaris. En 19 casos (41.30%) es va orientar el pacient a serveis socials d'atenció primària i/o de salut.

CONCLUSIONS

Aquestes actuacions han permès:

- Sensibilitzar els professionals sanitaris vers les situacions de risc social
- Potenciar la valoració integral
- Minimitzar els ingressos hospitalaris per motiu no sanitari
- Definir el perfil del malalt tributari de valoració social a Urgències
- Facilitar un cribatge ràpid de les possibles situacions de risc mitjançant la realització de dues preguntes clau durant l'entrevista clínica: AMB QUI VIU? i QUI EL/LA CUIDA?

PROTOCOL D'ACTUACIÓ EN L'ÀMBIT DE LA DISMINUCIÓ

autors: eva torra, eva plaza, montserrat saez, gemma solanas, carme alòs.

paraula clau: ser

INTRODUCCIÓ

Davant la inquietud de diferents professionals del Treball Social de les ABS del Bages i Berguedà en l'àmbit de la disminució, s'acorda treballar un protocol d'actuació i informació per a les persones afectades d'algun tipus de disminució, per tal d'unificar sistemes de treball i no duplicar actuacions.

OBJECTIUS

- Tenir una eina de treball unificada pels professionals de treball social de les ABS del Bages i Berguedà.
- Donar a conèixer els recursos de la zona, específics en l'àmbit de la disminució.

MATERIAL I MÈTODES

Disseny:

- Coordinació amb les treballadores Socials de les ABS de la Zona per elaborar el protocol.
- Coordinació amb els serveis especialitzats.
- Acollida i seguiment de casos.

Subjectes:

- Persones i/o famílies afectades amb algun tipus de disminució física, psíquica i/o sensorial del Bages i Berguedà.

Àmbit d'aplicació.:

- Població de les ABS del Bages i Berguedà.

RESULTATS I CONCLUSIONS

A dia d'avui el protocol es troba en estudi.

REINVENTAR EL TREBALL SOCIAL EN SALUT O RECUPERAR-LO?

Dolors Colom Masfret

dolors.colom@attglobal.net

Institut de Serveis sanitaris i Socials (ISSIS)

Revista Agathos, Atención Sociosanitaria y Bienestar

www.revista-agathos.com

Qualsevol professió, la disciplina que li dona cos i, com a conseqüència, els professionals que la representen amb el seu exercici, es sustenta en tres pilars fonamentals:

- La teoria que li aporta les bases metodològiques i coneixements específics.
- Els principis i valors, elements que donen estabilitat a la pràctica i ajuden en el manteniment de la funció bàsica.
- La constant adaptació a les noves realitats, i conèixer les noves necessitats i distòcies socials, que la comunitat genera per donar respostes adequades.

No s'ha de confondre la teoria amb els instruments emprats en la seva aplicació i tanmateix els valors s'han d'assumir con els fonaments que conformen l'actitud de la professió i dels professionals.

L'evolució, la relació i el canvi són elements íntimament relacionats, però potser caldria pensar en el següent ordre:

- Relació.
- Canvi.
- Evolució.

El pensament que motiva aquesta proposta és el següent: la relació entre elements d'una organització, o d'un sistema sempre es dona, ja sigui amb un mateix o amb l'entorn. És l'inici. El resultat sol ser l'observació d'evidències que promouen la reflexió, que a la vegada impulsa el canvi. És l'acumulació de canvis el que culmina en l'evolució.

Per tant l'evolució, la relació i el canvi es poden establir com tres elements formen part d'una mateixa dimensió en la que cadascun d'ells es retroalimenta dels altres.

L'evolució com a manifestació

L'evolució, doncs, és el resultat final, d'un conjunt de relacions i de canvis. Per tant també es pot dir que l'evolució dels sistemes com és el de treball social, és quelcom inevitable.

La premissa anterior però, suggereix diferenciar entre:

- L'evolució espontània en termes deterministes, no controlada. La que passa.
- L'evolució provocada a on hi participa el lliure albir i la voluntat del professional, a partir del seu exercici.

L'evolució espontània, es caracteritza per què succeeix i no és possible d'aturar. La natura dona l'exemple de les mutacions genètiques de les espècies.

Situats novament en el treball social, en aquest tipus d'evolució el professional és observador passiu, en el sentit de que queda sotmès a la voluntat de les circumstàncies que són les que dominen el transcurs dels fets. Va resolent a mesura que aquestes es presenten. La seva intervenció es dona de manera reactiva, si no passa res que activi la senyal d'alarma, no hi ha intervenció, no hi ha projecte. Quan sorgeix un problema d'una persona o de la mateixa organització, s'intenta resoldre o pal·liar, aplicant els coneixements, valors i els procediments de la disciplina, però sempre de manera reactiva. Quan l'organització modifica les seves línies generals, el servei, el professional es readapta.

Es pot tenir més o menys consciència de que aquest funcionament no es òptim, pensament fruit de la relació del professional "A" amb sí mateix, o amb l'entorn, però el canvi que seria

necessari no es dona. L'evolució segueix el curs natural que li provoquen l'acumulació de circumstàncies, però això no vol pas dir que sigui el més eficient. Per exemple quan es manifesta el problema social, aquest sol estar fortament arrelat, la solució ja és difícil.

L'evolució provocada o conduïda, és la que es planifica, es preveu i té el seu origen en l'observació de l'evolució espontània acompanyada d'un sistema d'informació. El professional "A" del punt anterior iniciaria la planificació del canvi. En aquest cas, el professional "A", el servei són els protagonistes actius en el sentit que, en gran mesura, poden avançar-se a les circumstàncies i la seva intervenció es dona de manera proactiva. No deixa en mans de la persona malalta el prendre la consciència de que pateix un problema, el professional mesura la "resiliència" de la persona i del nucli familiar per afrontar aquella distòcia. Es a dir, un conjunt de variables objectives, estudiades i confirmades prèviament com a causants de problemes socials, permet al professional avançar-se a aquests i treballar per la resolució més eficient.

L'acumulació de casos permet al servei promoure l'evolució com a servei i reajustar metodologies. Això no és fruit de l'atzar, hi ha d'haver la voluntat. Com diuen Popper y Lorenz l'Evolució implica desenvolupar la creativitat, en lo creatiu hi ha la voluntat.

Així, per un seguit de càlculs que combinen aspectes mèdics i aspectes socials es pot preveure l'aparició dels problemes de la persona atesa als serveis de salut, i en el cas de l'Atenció primària fer-ho extensiu a la comunitat de referència. En aquest sentit la intervenció s'orienta a l'atenció, però sobre tot a la prevenció. En aquesta evolució el canvi es provoca o promou i aquest es sustenta en la investigació, en l'anàlisi de dades, en informació que el justifica amb material empíric, no pas en material discursiu.

Exemples de l'evolució dels últims anys

Són varis els fets que posen de manifest que el treball social en la dimensió organitzativa evoluciona en els dos models esmentats en el punt anterior, per evolució espontània i per evolució provocada.

β Evolució espontània, per exemple:

- El primer gran exemple es la incorporació del treball social a l'atenció primària.
- Un segon exemple, als anys vuitanta, en els serveis de primària i hospitals que tenien treballador social, aquest desenvolupava part de la seva activitat en l'atenció de persones de la beneficència. En el moment en que tothom té dret a l'assistència sanitària i aquesta circumstància no altera la facturació del centre, al treballador social ja li desapareix una competència que ocupava una part important del seu temps. Així mentre que abans atenia a totes les persones de beneficència, després ja depenia d'altres fets.
- En els mateixos anys vuitanta, l'ingrés en residència a cada comarca o regió era diferent, en alguns casos ho continua sent. L'informe social tenia pes, però sobre tot, eren les relacions personals i les capacitats de cada professional per convèncer que el cas que portava a la taula de discussió era el més greu i mereixia la plaça. La progressiva utilització d'escales i instruments que intenten classificar els problemes comporta que la emocionalitat i capacitat de seduir deixa pas a variables objectives, la selecció resulta més equitativa.

β Evolució provocada per exemple:

- La intervenció per programes i la gestió de casos. A l'observar que determinades característiques socials comporten la manifestació de problemes, s'estableixen criteris de risc que configuren un programa d'intervenció sistemàtic. Tothom qui presenta aquella característica rep una visita del servei de treball social iniciant-se així l'estudi social i si cal el seguiment. Aleshores s'inicia la gestió del cas. Exemples són, programes de malalties degeneratives, el programa d'alta no només a l'hospital, programes d'hospitalització a domicili, etcètera.
- o La promoció d'uns recursos envers uns altres. L'anàlisi periòdic del sistema d'informació aporta resultats que permeten avançar quins són els recursos necessaris partint

LES AJUDES TÈCNiques: UN RECURS QUE FACILITA L'ATENCIÓ A DOMICILI DEL PACIENT AMB DEPENDÈNCIA.

Autors: Ana de la Hera Canta, Nieves Zabaleta Gascó, Lourdes Cortés Bofill, Olga Ventura Matz. SAP Baix Llobregat Centre

INTRODUCCIÓ - JUSTIFICACIÓ

Les ajudes tècniques són un conjunt d'eines que ens ajuden a alleugerir les mancances produïdes per la dependència millorant el confort i la qualitat de vida.

El nostre equip va tenir en compte la utilitat d'aquestes ajudes com una manera de poder facilitar les tasques del cuidador principal en l'atenció del malalt. Per tot això, una de les nostres funcions és valorar les ajudes tècniques que resoldrien certs déficits que dificulten l'atenció a domicili.

OBJECTIUS

- Tenir coneixement del material recollit i el volum de préstecs realitzats.
- Valorar l'utilitat d'aquest recurs on l'equip realitza una tasca de mediador.

METODOLOGIA

- Registre nombre d'existències i tipus de material.
- Registre nombre de préstecs de de l'any 1994 fins 2003

RESULTATS

Existències	MATERIAL	Nombre de préstecs
10	Cadires de rodes	168
6	Llit	51
3	Matalàs d'aire	52
6	Caminadors	31
4	Grua	14
2	Aspirador	16
2	Accesori cadira	8
2	Baranes	7
1	Cadira geriàtrica	2
		349

CONCLUSIONS

El registre facilita tenir un control sobre les existències i l'organització de l'adjudicació dels préstecs.

El fet de possibilitar als cuidadors de provar-ho disminueix el seu esgotament i millora l'atenció al malalt.

Com inconvenient hem de remarcar de no disposar d'un servei de transport adequat i les famílies s'han de fer càrrec del trasllat. Tambè caldria poder comptar amb tècnics de manteniment per reciclar i arreglar material

El servei de préstec de material és un recurs de l'equip que implica a les famílies i potencia la solidaritat entre elles.

MODEL DE DERIVACIÓ EN XARXA. COORDINACIÓ SOCIOSANITÀRIA ENTRE DIFERENTS NIVELLS ASSISTENCIALS.

Autors: Dolors Palacín Benaiges, Mònica Anguela Batlle.
Reus

El diagnòstic social dels pacients ingressats en la UCCP (unitat de convalescència u cures pal·liatives) de Reus i les intervencions socials iniciades en el procés d'ingrés han de garantir un continuïtat assistencial a l'alta domiciliària.

OBJECTIUS

- Potenciar la coordinació entre el nivell sociosanitari i l'APS.
- Sistematitzar el procés de derivació.
- Avaluar l'eficàcia del full de derivació multicèntric.

MATERIAL I MÈTODES

Disseny: Estudi descriptiu. **Subjectes i àmbit d'estudi:** Els 70 usuaris donats d'alta de la UCCP i derivats mitjançant el full multicèntric a les 4 ABS de l'ICS de Reus en el període gener-desembre 2003. **Mesuraments:** S'estudien les variables d'edat, sexe, problemes de salut, diagnòstic social, recursos activats i temps que ha passat des de l'alta de l'UCCP al 1r contacte de la TS ABS amb l'usuari.

RESULTATS

- 1• Total altes a partir 01/2003: 70; 30 homes i 40 dones.
- 2• Edat homes: 76,8 anys i edat dones: 76,03 anys.
- 3• Problemes de salut: fractures: 36, càncer: 4, pluripatològics: 30
- 4• Diagnòstic social:
 - a) Família amb dificultats lleus per tenir cura del pacient: 60
 - b) Pacient amb manca de suport familiar: 7
 - c) Pacient sense cuidador de referència: 3
- 5• Recursos més emprats.
 - a) La pròpia família: 14
 - d) Ajut econòmic "viure en família": 25
 - e) Recurs de centre residencial: 11
 - f) SAD: 25
 - g) Teleassistència: 11
 - h) Hospital de Dia: 2
 - i) Menjar Creu Roja: 1
- 6• Temps transcorregut des de l'alta UCCP al 1r contacte amb el pacient des de l'ABS: 2,6 dies.

CONCLUSIONS

- 1• Queda garantit el continuïtat assistencial.
- 2• El full multicèntric de derivació és una bona eina de transmissió d'informació socio-sanitària.
- 3• Aquest model de derivació ajuda a unificar criteris diagnòstics i mètodes de valoració entre els treballadors socials implicats en el procés.
- 4• El model millora la coordinació i l'eficàcia en l'actuació.

de la realitat i si aquests serien acceptats per la comunitat.

Com el treball social es pot presentar al futur?

Es parteix de la idea de l'Evolució provocada i en aquest sentit cal pensar especialment en quatre dimensions:

- Identificació dels processos de treball social.
- Establir els graus de complexitat dels diferents casos i de l'accés als diferents programes.
- Definir els estàndards de qualitat del servei.
- Retroalimentar a les institucions que imparteixen teoria, especialment a les Escoles de Treball Social. En aquest punt cal incloure la divulgació en revistes científiques.

La identificació i definició dels principals processos propis. Procés es defineix com: L'eix vertebrador d'un seguit d'accions que tenen ordre i una seqüència lògica per assolir un fi. La (rae) el defineix com: "Conjunt de les fases successives d'un fenomen natural o d'una operació artificial".

Així cal:

- Definir els principals processos.
- Establir les parts que els componen.
- Assignar els valors mitjans i estàndards.
- Garantir el seguiment de la metodologia d'intervenció i documentació.
- Avaluació aplicant tècniques i metodologies pròpies.

Principals processos de treball social

- Suport, informació, orientació.
- Atenció a domicili.
 - o Atenció domicili social.
 - o Atenció domicili sanitària.
- Ingrés residència.
 - o Social.
 - o Assistida.
 - o Serveis de dia.
- Ingrés xarxa sociosanitària.
 - o Pal·liatiu.
 - o Llarga estada.
 - o Convalescència.
 - o Unitat demència.
 - o Infecciosos.
 - o Rehabilitació.
 - o Hospital de dia.
- Altres.

Definició del grau de complexitat dels casos i dels processos. Es refereix:

En quant als casos:

- Al conjunt de variables que reuneix la persona i dintre de les variables, el valor més o menys alt que per definició operacional té en aquella persona en concret.
- Als passos que, des del servei de treball social en la figura del treballador social, cal donar per resoldre el problema sociosanitari¹.

En quant als processos:

- Conjunt i fases que componen el procés. Per exemple, quin és el circuit per ingressar a una residència? I a un programa d'atenció domiciliària? Quins són els passos obligatoris que cal seguir i dins de quin moment temporal del procés.

Dins dels principals processos socio-sanitaris existeixen diferents graus de complexitat per una banda de cada cas que requereix diferents graus d'intervenció del treballador social i per l'altra la complexitat que ofereix el servei o programa receptor per facilitar l'accessibilitat dins d'un temps que facilita la continuïtat de l'assistència o per contra el trencament de la cadena assistencial.

Definir els estàndards de qualitat, tan de l'atenció individual com de la resposta del servei. En general les organitzacions de salut mesuren la satisfacció dels clients, però rarament el servei de treball social s'hi veu reflectit, ja que no es un servei finalista en si mateix, és a dir, la població que atén ha de patir una malaltia, el servei finalista és el sanitari.

Per això, per saber el grau de satisfacció de les persones que atén el servei de treball social ha d'establir els mecanismes que li siguin útils per conèixer el grau de satisfacció de les persones ateses, així com de les altres institucions i professionals amb els quals es relaciona.

Retroalimentar a les institucions que imparteixen teoria. Cal establir mecanismes d'apropament entre organitzacions de la teoria i les que l'apliquen. Però aquest punt per la seva complexitat només s'apunta per ser considerat en un altre espai i moment.

Per acabar tres recomanacions i reflexions:

- Detectar i assumir els problemes que no tenen la solució al seu abast. Hi ha situacions que no troben la solució que garanteixi la continuïtat assistencial amb l'organització i serveis actuals.
- Estudiar com aquesta situació deriva en que els treballadors socials de serveis públics es converteixen en purs comercials dels serveis i programes privats, tot i que la persona afectada reuneixi els criteris per accedir als serveis públics.
- Poder calcular tant des del servei com des de la comunitat, el cost socioeconòmic dels problemes que no tenen la solució a l'abast amb els recursos disponibles i identificar els recursos que manquen i activar-ne la promoció amb xifres i termes econòmics.
- Pensar qualsevol projecte en termes de representativitat de la població a la que va destinat. Això implica formar-se en tècniques de gestió i planificació.

¹ Es pren el terme socio-sanitari entenent que les persones ateses tenen problemes de salut i problemes socials.

CONSOLIDACIÓ DE LA COMISSIÓ SOCIO-SANITÀRIA DE TREBALLADORS SOCIALS D'ATENCIÓ PRIMÀRIA DE SALUT DE L'ICS DINS L'ÀMBIT DE BARCELONA.

autores: gil rovirà, mercè.gonzález delgado, carolina; ramell gutierrez, anna; lopez beltrán, francisca; marrojan saenz, lucia maria; muniente, gloria;

OBJECTIU

Creació d'un espai de reflexió, anàlisi i avaluació entre professionals del treball social d'EAPs de Barcelona Ciutat.

DISSENY

Davant de les dificultats i manca d'unificació de criteris respecte als ingressos socio-sanitaris, es crea al novembre de l'any 2000 una comissió de treball formada per un professional del treball social de cada SAP amb la finalitat de crear un document de proposta de millora de l'atenció socio-sanitària de Barcelona.

Paral·lelament es crea i s'implanta desde el Consorci Sanitari de Barcelona un nou model d'actuació socio-sanitària, un instrument de valoració, i la divisió de Barcelona en àrees socio-sanitàries.

ACTIVITATS

- Proposta de modificació del model de valoració social de l'instrument de la sol·licitud d'ingressos.
- Creació d'un model de registre d'ingressos.
- Creació d'un model de registre d'avaluació.
- Avaluació del nou model implantat a partir de la demanda/ingressos
- Implantació de reunions periòdiques mensuals de la comissió.
- Registre d'actes de cada reunió.
- Difusió del material i implementació del mateix als diferents SAP

CONCLUSIONS

- S'ha creat un espai de reflexió, d'intercanvi d'experiències que ens ha facilitat la unificació de criteris i l'intercanvi d'informació
- S'ha elaborat, difós i implementat el material conjunt.
- S'ha creat un espai de supervisió per la millora de la qualitat assistencial.
- Elaboració d'un sistema de registre únic per tots els EAP.

AVALUACIÓ 2003 DEMANDES/ INGRESSOS SOCIO SANITARIS DE BARCELONA CIUTAT D'UN ANY

autors: pubill, maria; muniente, glòria; fuertes abad, àngels; roig, anna; marrodan, lucia.

paraules clau: comissió, avaluació i sociosanitari.

OBJECTIU

Avaluar periòdicament el funcionament del circuit d'ingressos sociosanitaris sol·licitats pels EAP de l'ICS de Barcelona•Ciutat per tal de fer propostes de millora si s'escau.

MATERIAL I MÈTODE

- Comissió de Treballadors socials d'EAP de l'ICS de Barcelona Ciutat formada per 1 o 2 professionals de cada SAP.
- Fulls de registre de demandes/ingressos èr cada EAP.
- Reunions periòdiques
- Actes de reunions
- Registre de recull de dades generals per l'avaluació general concunta anual.
- Document/avaluació anual de demandes/ingressos sociosanitaris de Barcelona•Ciutat.
- Gràfiques comparatives amb l'any anterior(2002•2003).

RESULTATS

Tipus d'ingrés	2003		2002	
	Sol·licituds	Ingressos	Sol·licituds	Ingressos
Llarga Estada	956	731	656	466
Mitja Estada	346	241	239	142
TOTALS	1302	972	895	608

CONCLUSIONS

L'increment de sol·licituds ha estat considerable, els resultats s'haurien de tenir en compte a l'hora de planificar les places en els centres sòciosanitaris.

Després de 2 anys de funcionament, el circuit està consolidat.

Un sistema de registre consensuat ens ha permès fer un registre de dades de l'any 2003, més exhaustiu i homogeni.

El 61% del total dels ingressos correspon a descàrregues familiars .

Un 21% del total són de mitja estada.

El 14% correspon a llarga estada.

El 4% restant correspon a sol·licituds d'hospital de dia.

La detecció i gestió del treballador/a socials dels EAP i les seves tasques dins del programa interdisciplinari Salut a Casa afavoreix l'augment de les sol·licituds i els ingressos sociosanitaris.

**MI EXPERIENCIA EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD:
"MÁS DE UNA DÉCADA CON GRUPOS"**

M^a Concepción Pozo Pino

D. T. S. Col. N^o M-1275

Centros de Salud de:

Villa de Vallecas y Cerro Almodóvar.

IMSALUD, ÁREA I de MADRID

I. INTRODUCCION

Con esta ponencia pretendo compartir mi experiencia de trabajo con grupos en Atención Primaria de Salud. Voy a narrar cómo transcurrieron los comienzos, qué cosas me ayudaron a llevarlos a cabo y cuáles fueron las dificultades....

Quisiera transmitir todo lo que a mí me ha enriquecido personal y profesionalmente el trabajo grupal; cómo se transformó en algo dinámico, productivo, beneficioso para los demás y también para mí. Y cómo contribuyó al Trabajo Social en Atención Primaria de Salud a potenciar la salud y el bienestar de los usuarios.

Las personas cuando se juntan encuentran soluciones a sus problemas, aprenden que la queja no resuelve su conflicto, por lo que, es conveniente hacer frente a las dificultades para poder resolverlas. El sentirse escuchadas les permite aprender a escuchar a los demás y a sí misma; el verse, les permite ver a los demás, abrir su interior y esto ayuda a que otros se abran, comenzando así, a darse cuenta que su conflicto tiene una perspectiva más amplia y desde ahí, la persona desarrolla sus recursos personales que le van a permitir enfrentarse mejor a sus circunstancias vitales.

Confío en el ser humano como generador de salud y que esto se puede potenciar en grupo, por ello es necesario crear espacios donde la persona se sienta escuchada, acompañada, atendida, comprendida, interrogada y no juzgada. Se podrían denominar "**Espacios de Salud**".

Gran parte de este trabajo no lo hubiera podido llevar a cabo sin la formación continuada. La Formación de terapeuta Gestáltica me enseñó a tomar conciencia de mis limitaciones, mis necesidades, la importancia de la presencia y la honestidad frente a mi misma y con los otros, especialmente en un contexto de ayuda a la persona. El Aquí y el Ahora, el Darse Cuenta, el explorar el qué hace uno y cómo lo hace, así como, el apoyo a la parte sana de la persona y la confrontación de la parte insana. Estas son las guías terapéuticas del trabajo que realizo tanto en grupo como individualmente.

II. ANTECEDENTES

Al empezar a escribir, me viene a la memoria la estrofa del poema de Pablo Neruda titulado "Tu eres el resultado de ti mismo" que dice: "*Recuerda que la causa de tu presente es tu pasado y que la causa de tu futuro es tu presente*".

Mi andadura en el campo sanitario se inició en un Hospital como Auxiliar de Enfermería durante 12 años. Había desarrollado una gran sensibilidad para tratar situaciones de vulnerabilidad, de enfermedad y de crisis. Necesité formarme para trabajar con las personas en estas situaciones y elegí estudiar Trabajo Social. El poder ejercerlo dentro del campo sanitario y específicamente de la Atención Primaria de Salud me entusiasmó.

Fue en el año 1.989 cuando comencé como Trabajadora Social en Atención Primaria de Salud (INSALUD). Era mi estreno en esta profesión, también la Atención Primaria se estrenaba. Por entonces nos incorporamos numerosas Trabajadoras Sociales y la falta de referentes, hizo necesario encuentros frecuentes para ir definiendo nuestro trabajo en salud.

Parto del concepto holístico del ser humano. Considero que es una unidad biofísica y energética, psicosocial y espiritual que se encuentra en constante interacción consigo mismo y a su vez, con el medio ambiente siempre cambiante.

El Trabajador Social ha de saber acompañar a las personas hacia un proceso activo del individuo y para el individuo, a fin de que puedan comprender el significado de sus propios comportamientos, tener unas formas de conductas más constructivas, creativas y saludables para ellos.

III. UBICACIÓN Y CAMBIO

En 1.989 me incorporé al Consultorio de San Jaime, en el distrito de Villa de Vallecas, situado en la zona Sur-Este de Madrid, perteneciente al Área I de Salud.

A mediados del 90 se forma el primer Equipo de Atención Primaria "Camino de la Vereda" con unos 12 profesionales entre médicos, enfermeras, administrativos y trabajadora social.

Una de las funciones de la Trabajadora Social de la Atención Primaria fue hacer de puente entre la comunidad y los equipos de Atención Primaria. En los inicios de dichos Equipos el Trabajador Social era un miembro más del mismo y uno de los cometidos fue el de contactar con la comunidad. La intervención venía dada por ambas partes con diferentes demandas. Una de mis tareas fue descubrir qué necesitaban los profesionales sanitarios y los usuarios del trabajo social de salud.

Los profesionales sanitarios demandaban recursos sociales y soluciones que la mayoría de las veces tenían que ver con situaciones estructurales y de políticas sociales. Situar al Trabajador Social únicamente como gestor de recursos sociales, considero que es empobrecer y deshumanizar una profesión en la que el principal protagonista es la persona.

Los usuarios que acudían a la consulta eran personas que estaban sufriendo. Se sentían enfermos, tenían miedo a la enfermedad propia o del familiar; desajustes familiares o problemas de la vida cotidiana que les generaban malestares con consecuencias negativas para su salud.

Los síntomas que presentaban eran de miedo, ansiedad, tristeza, agobio y desconcierto. Estos síntomas son tratados por los profesionales sanitarios desde una perspectiva sanitaria con tratamientos farmacológicos fundamentalmente. Muchos de ellos necesitan de un abordaje integral donde

EL TREBALL COMUNITARI A NOU BARRIS: LA INTERVENCIÓ DE LES TREBALLADORES SOCIALS DES DELS EQUIPS D'ATENCIÓ PRIMÀRIA

Autors: Glòria Muniente Pérez de Tudela, Natividad Castells Noguero, Raquel Royo Palacio, Leticia Sánchez Fernández, M. Lucía Marrodan Saenz, Montserrat Sagarra Herrera

OBJECTIU

Conèixer la intervenció de cada una de les treballadores socials del Servei d'Atenció Primària (SAP) Nou Barris en relació al treball comunitari, en general, i als Plans Comunitaris, en particular.

MATERIAL I MÈTODE

Es descriuen les diferents entitats i serveis que participen en els plans comunitaris de cada barri i les diferents intervencions que fan les treballadores socials des dels equips d'atenció primària de salut (EAP) en aquests barris.

Resultats:

- Diagnòstic de salut: EAP Chafarinas, EAP Ciutat Meridiana i EAP Roquetes.
- Diagnòstic de barri (dins del Pla Comunitari), finalitzats: Verdum, Zona Nord (Ciutat Meridiana, Vallbona i Torre Baró), Roquetes i Trinitat Nova. I en fase d'elaboració: Zona Sud (Vilapicina, Turó de la Peira i Porta)
- Diagnòstic d'immigració : Zona Nord
- Pendent de creació: Guineueta

CONCLUSIONS Es millora i s'amplia el coneixement del territori. S'amplia el camp d'intervenció i s'afavoreix la promoció de la salut. Es propicia el treball coordinat i de col.laboració, alhora que es millora la intervenció i s'aprofiten les sinèrgies que els espais del Pla Comunitari propicia entre els professionals, les entitats i la població.

PROBLEMÀTICA SOCIAL: ESTUDI DE LA DEMANDA ALS SERVEIS SOCIALS D'UNA ÀREA BÀSICA DE SALUT (ABS)

autors/es: David Garcia Vidal, Maribel Pinilla Marraco, Marta Ruiz Batalla, Nuria Pitarch Rigual, Olga Colet Villar.
Abs Arboç

paraules clau: patologia social, immigrant, recursos socials

OBJECTIU

Conèixer la problemàtica social detectada a partir de la demanda feta a la treballadora social.

DISSENY I METODOLOGIA

Estudi descriptiu retrospectiu: revisió dels 250 casos atesos per la treballadora social en ABS d'àmbit rural

Variables: demanda, demandant edat, sexe, estat civil, nucli familiar, patologia base, problemàtica social.

RESULTATS

Demanda és realitzada per: iniciativa pròpia 34.5%, metge•infermera 29.4% i família 21.8%

Demandes principals: tramitació targetes sanitàries (22 %) i recursos socials (60 %).

Perfil demandant de recursos socials: dona 68%, edat mitjana 32.8, casada 48.5%, conviu amb fills o/i avis (54.6%/21.6%), patologia psiquiàtrica 82.5 %, sol·licita ajudes econòmiques 37.1% i institucionalització 17.5%. Problemàtica social: dificultat de tenir cura del malalt al domicili 11.3%, família amb sobrecàrrega 10.3%, claudicació del cuidador 6.2%.

Perfil demandant tramitació targetes sanitàries: immigrant 98%, home 81.8%, edat mitjana 32.8, solter 72.7%, conviu amb amics 40.9%, sense patologia 81.8%. Problemàtica social: manca de cobertura sanitària 54.5%, ingressos insuficients 13.6, treball submergit 13.6%

CONCLUSIONS

Ens trobem 2 grups de problemàtica social (la que implica als cuidadors i la derivada de la immigració precària) que poden influir sobre la salut individual dels afectats donant pas a patologia psiquiàtrica reactiva i/o al desenvolupament de malalties orgàniques.

El treball conjunt metge, infermeria amb la treballadora social és bàsic, ja que la detecció de problemàtica social posa de manifest la manca de salut social (forma part del concepte global de salut formulat per la OMS). El seu coneixement ens pot permetre el disseny d'estratègies de prevenció.

se pueda tratar además, los aspectos psico-sociales que subyacen en muchos de esos problemas sanitarios.

Por lo tanto, esto requiere una respuesta desde el Trabajo Social de Salud que está relacionado con el primer recurso con el que nos encontramos: el ser humano. Si tenemos en cuenta que las personas que acuden a la Atención Primaria se sienten vulnerables ante su sufrimiento, es conveniente trabajar con ellas para que recuperen su potencial de autocuración y bienestar. Otra de nuestras funciones es acompañar a las personas en la toma de decisiones y aportarles el apoyo emocional que necesitan, con el objetivo de que disminuyan el estrés y enfermen menos.

IV. PASOS PREVIOS A LA INTERVENCION CON GRUPOS

En los años 86 y 87 había realizado diferentes cursos donde aprendí técnicas de relajación. Empecé a practicarlas y los resultados obtenidos fueron de bienestar. La relajación me permitió estar en contacto conmigo misma, sentirme bien física y emocionalmente.

En los comienzos del Trabajo Social en Atención Primaria pude comprobar que muchas de las personas que trataba individualmente manifestaban tensión física y emocional. Esto hizo que echara mano de este recurso que, de alguna manera, lo tenía incorporado en mí. Considero que los cambios personales revierten en cambios sociales y desde esta premisa desarrollo el trabajo individual y grupal.

Incorporé las técnicas de relajación en el trabajo individual. Los resultados fueron muy positivos. Las personas manifestaban encontrarse mejor y les permitía enfrentarse a sus problemas. Y me sentí motivada para aplicarlo en grupos. En ese momento en la Atención Primaria, que plantear la realización de las técnicas de relajación en grupo era novedoso e incluso polémico.

Es importante destacar que en los inicios de la Atención Primaria la institución dio protagonismo a la promoción y la prevención. Desde el año 91 hasta el 98, la Gerencia del Área I dio especial importancia al trabajo con grupos. Estableció unos criterios mínimos y diferenció entre charlas y grupos de educación para la salud.

**V. ETAPAS DE TRABAJO CON GRUPOS EN ATENCION PRIMARIA
ETAPA 1: EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA "CAMINO DE LA VEREDA"**

El punto de partida del trabajo de grupo fue el estrés, por considerar que tiene muchos elementos de lo social.

Fue a finales del año 91 y con el Equipo de Atención Primaria "Camino de la Vereda" cuando inicié el trabajo con grupos y los contiene hasta la apertura del C. S. de Villa de Vallecas en el año 94.

En esos momentos conté con tres pilares fundamentales que fueron: la experiencia (participé en varios grupos de crecimiento personal), una gran motivación y formación teórica sobre dinámicas de grupo.

Fui desarrollando la idea, imaginaba como hacerlo, qué trabajar en cada sesión y documentándome sobre la relajación y el estrés. Sin darme cuenta, se fue materializando este proyecto y en la medida que avanzaba en el, me encontraba lo que iba necesitando.

“Taller de Relajación y Estrés”.

Realicé un programa en el año 91/92 y lo titulé taller de “Relajación y Estrés”.

En los primeros grupos el tema central fue enseñar las diferentes técnicas y reforzarlas para que las practicaran en sus casas.

El objetivo de estos talleres era que las personas que participaran tomaran conciencia de su cuerpo, de sus tensiones y aprendieran a relajarse

En cuanto a la metodología hacía referencia a la dinámica grupal, a las exposiciones teóricas sobre el estrés y a las diferentes técnicas de relajación y su puesta en práctica.

El número de sesiones programadas fue de 11. Consideré que para aprender las técnicas de relajación y crear grupo es necesario al menos este tiempo. Los encuentros fueron una vez por semana. Los usuarios eran derivados por los médicos de familia y enfermería. En su mayoría fueron mujeres de mediana edad (entre 25 y 65 años de edad) y predominaron las amas de casa. Los participantes oscilaban entre 8 y 15 personas.

En el desarrollo del trabajo fui descubriendo la fuerza y el potencial de transformación que genera el grupo.

Los resultados me reforzaron para superar las dificultades que obviamente siempre hay ante tareas novedosas. Lo incorporé profesionalmente como una actividad más propia de mi trabajo.

Es importante destacar que en un número importante de talleres incorporé la figura del observador e invité a varios profesionales de diferentes ámbitos (trabajadores sociales y enfermería). También asistieron alumnos de práctica de Trabajo Social. Con todos ellos acordaba previamente el compromiso de que asistieran desde el inicio hasta el final del grupo para que observaran el proceso del mismo. Para mí fueron de mucha ayuda sus aportaciones, ya que con ellos analicé los procesos de cada grupo y pude detectar los fallos y los aciertos que iba teniendo.

Grupo de Relajación para los profesionales del Equipo de Atención Primaria “Camino de la Vereda”.

De forma paralela a este primer Taller de “Relajación y Estrés” dirigido a los usuarios, ofrecí a los profesionales de mi equipo un espacio para que experimentaran por sí mismos y conocieran los beneficios de dichas técnicas. Esto permitió que los profesionales pudieran derivar más adecuadamente.

De esta primera experiencia salí muy reforzada y esto legitimó que continuara haciéndolo. En la medida que me adentré en los grupos fui dándome cuenta de su potencial y riqueza. El grupo es un generador de movimiento interno y de cambio, tanto para los participantes como para el profesional. Me sentí enriquecida y estimulada para ahondar más y seguir formándome en grupos y, de esta manera continuar enriqueciendo la actividad.

ETAPA 2: NUEVO CENTRO DE SALUD VILLA DE VALLECAS**“Taller de Relajación y Estrés”.**

El Equipo de Camino de la Vereda desapareció en el año 1.994 con la apertura del Centro de Salud de Villa de Vallecas. El personal se incorporó al nuevo Equipo de Villa de Vallecas que se amplió

- Anàlisi de la demanda:(interrelació de dades, impacte emocional de la pèrdua...)
- Detecció necessitats/problemes
- Pla d'actuació: consell, suport , contenció, coordinació, derivació

CONCLUSIONS

- La intervenció que es realitza des del treball social sanitari pot donar resposta a les persones que pateixen un procés de dol amb dificultats.
- La metodologia del treball social facilita la intervenció amb persones en processos de dol.



ENTREVISTA D'ATENCIÓ AL DOL DES DE LA CONSULTA DE TREBALL SOCIAL EN UNA A.B.S. (ÀREA BASICA DE SALUT)

Autors: Pardo Casado, Agustín; Castro Navarro, Dolors; Marcas Vila, Alex ; Sagués Martínez, Núria; Torregrosa Bejar, Núria; Hernández Huet, Enric
 ABS GRANOLLERS 2 NORD –LES FRANQUESES
Paraules clau: Atenció al dol, Treball social, ABS

INTRODUCCIÓ

El dol és un conjunt de reaccions psicològiques i físiques que es produeixen davant la pèrdua o la imminent pèrdua d'un ésser estimat. És un estat mental, un sentiment i una actitud determinats, conseqüència de la pèrdua d'un ésser estimat.

OBJECTIUS

Generals:

- Facilitació d'adaptació a la pèrdua.
- Prevenció i identificació del dol patològic.

Específics:

- Informar sobre el procés de dol.
- Facilitar un espai per a l'expressió de sentiments i alhora canalitzar-los donant elements que permetin afrontar les necessitats i problemes que pateixen.
- Facilitar l'expressió de rituals al voltant de la pèrdua.
- Detectar situacions complexes que requereixin una atenció per part d'altres professionals.

MATERIAL I MÈTODE

Àmbit d'estudi

Intervenció del treballador social amb persones amb dificultats d'adaptació al dol.

Mesurament

Mètode bàsic de treball social

Tècnica: entrevista.

Subjectes

Persones ateses a l'ABS que han patit una pèrdua recent i que presenten dificultats d'adaptació al dol.

RESULTATS

Entrevista d'atenció al dol

- Recollida de dades:
 - Socio-econòmiques
 - Antecedents de pèrdua
 - Creences
 - Xarxes de suport
 - Presència de nens i adolescents
 - Rituals funeraris
 - Estils de vida

a un total de 60 professionals.

En ese momento tuve la ventaja de ir con el bagaje del trabajo realizado y los buenos resultados obtenidos. No me sentía ya cuestionada por el trabajo que realizaba, mi confianza en lo que hacía era plena y los profesionales del Equipo de Salud lo acogieron como un recurso a tener en cuenta. Y además, era conocida profesionalmente en el ámbito comunitario y en las instituciones del distrito.

Cuando realicé la presentación del Trabajo Social a este equipo, tenía integrado el trabajo grupal y les propuse hacer dos grupos, uno en el turno de la mañana y otro en el turno de la tarde. Desde el año 1.994 hasta el año 1.999 dirigí cuatro grupos anuales como mínimo.

En esta etapa las técnicas de relajación fueron pasando a un segundo plano y tomó protagonismo la comunicación poniendo conciencia a sus sentimientos, compartir en grupo las dificultades cotidianas, la búsqueda de soluciones y haciéndose responsables de sí mismas.

La observación y la escucha me llevaron a darme cuenta de la conveniencia de ampliar el tiempo de las sesiones porque las participantes necesitaban expresar y compartir lo que estaban experimentando en grupo. Por lo que amplié las sesiones, de una hora a hora y media y los últimos talleres pasaron a durar dos horas.

Grupos de Relajación de "Aprender para Enseñar". Dirigido a los profesionales y agentes sociales (1.995).

Sentí que podía enseñarlo a otras personas para que ellas a su vez lo enseñaran. En el año 95, los profesionales sanitarios del Equipo de "Villa de Vallecas" y los agentes sociales, me demandaron técnicas de relajación. Les propuse un "Taller de Relajación de Aprender para Enseñar" de diez sesiones de duración, una vez por semana.

El objetivo de este taller, eminentemente práctico, fue que aprendieran a relajarse y pudieran enseñar a otras personas. Por ello, consideré fundamental que los participantes realizaran, al menos, tres prácticas cada uno. De esta manera desarrollaban las habilidades necesarias como: practicar el ritmo y el tono de la voz, que tanto me costó a mí y que aprendí "haciendo", y a la vez que experimentarían el manejo de la técnica de relajación elegida obteniendo la devolución crítica y vivencial de los compañeros, con ello se pretendía que adquirieran seguridad en sí mismos y la base para comenzar a impartir sus conocimientos a otros. Para conseguir estos objetivos les proporcioné la documentación que previamente había seleccionado entre una amplia bibliografía.

Como ejemplo, una de las participantes de este, Paquita Villameytide, condujo un grupo autónomo de relajación para miembros de la asociación "Nuevas Amistades" utilizando una sala proporcionada por el Centro de Salud donde continuaron la actividad durante varios años.

Fue una forma de ir consolidando las relaciones entre el Centro de Salud y la Comunidad, uno de los objetivos fundamentales del trabajo social en Atención Primaria de Salud.

Grupos de Relajación de "Aprender para Enseñar". Dirigido a los profesionales sanitarios y no sanitarios del Área I (1.996).

La metodología de trabajo y el material fueron los mismos. Acudieron Trabajadoras Sociales, Enfermeras/os y Médicos de Familia del Área I.

Otros grupos de relajación.

Paralelamente a los grupos realizados para el Equipo de Atención Primaria, fui incorporando otros grupos dirigidos a la comunidad y otras instituciones.

Grupos de Relajación para el voluntariado de Cáritas

En cuanto a los grupos mencionados destaco el que dirigí a **las Voluntarias de Cáritas**. La relación con las voluntarias de Cáritas era muy estrecha y su colaboración muy importante, por ello les propuse hacer un grupo de relajación para ellas. Se impartieron dos grupos en la Parroquia de San Eulogio.

Colegio de Formación Profesional "La Quintana"

Con este colegio veníamos trabajando en diferentes temas de Educación para la Salud. De ahí surgió la idea de que los alumnos se desplazaran al Centro de Salud para aprender técnicas de Relajación.

Acudieron a los talleres a finales de cada curso escolar durante varios años. Mostraron mucho interés. Los alumnos manifestaron encontrarse mejor, concentrarse más en los estudios, bajar el nivel de ansiedad en los exámenes y, en general, les disminuyó su estrés.

Centro de Día del Ayuntamiento de Madrid (Distrito de Villa de Vallecas).

En coordinación con el Centro de Día del Ayuntamiento acordamos incorporar las técnicas de relajación para las personas mayores, puesto que dicha actividad venía realizándose con un casete.

Con la Trabajadora Social del Centro elaboramos un proyecto de relajación para estas personas. Ambas coincidíamos que dirigir la relajación en vivo y en directo era más beneficioso. Esto se viene corroborado por los propios mayores desde el inicio del proyecto (1.996) hasta el momento presente.

Se realizan un total de 12 relajaciones al año. Cada sesión consta de 60 minutos, en ella se hace un primer contacto con los mayores, donde verbalizan como se encuentran, se imparten 20 minutos de relajación y posteriormente expresan como se han sentido durante la sesión.

ETAPA 3: AUTOESTIMA Y CUIDADORES

Grupos de autoestima "QUERERSE TAMBIÉN ES SALUD".

La autoestima es el conjunto de sentimientos que la persona tiene sobre sí misma y estos sentimientos tienen sus raíces en el desarrollo de su vida emocional y psico-social.

Para poder dar un apoyo en esta materia, se requiere una formación que los trabajadores sociales deben tener, pero si queremos trabajar más profundamente a nivel individual y grupal es necesario ampliar nuestros conocimientos en los procesos de "Evolución Personal". Es por ello que necesitamos ampliar nuestra formación con otras disciplinas que tienen que ver con el campo de la psicología y de las ciencias sociales. De ahí la importancia y la necesidad que tiene la formación continuada.

¿Cómo surgió la idea de grupo?

Llevaba un tiempo pensando en trabajar con grupos el tema de la autoestima. Mi experiencia per-

ANÀLISI DE LA INTERVENCIÓ REALITZADA EN PROCESSOS DE DOL DES DE LA CONSULTA DE TREBALL SOCIAL

Autors :Pardo Casado, Agustín; Torregrosa Bejar,Núria; Sagués Martínez, Núria; Méndez Blanco, Marisol; Olid Cobos, Francisco; Presas Ferrer, Miquel
ABS GRANOLLERS 2 NORD –LES FRANQUESES

Paraules clau: Atenció al dol, Treball social, ABS

INTRODUCCIÓ

Els professionals sanitaris estem en contacte amb la malaltia, el patiment i la mort. Tot això comporta pèrdues en els diferents àmbits de la persona, des de limitacions físiques i psíquiques ..., fins a la pèrdua de la vida.

Fins fa poc, aquest procés de pèrdua no havia estat objecte d'una intervenció professional, sinó que es tractava en l'àmbit privat.

OBJECTIUS

Anàlisi de la població atesa pel treballador social de l'ABS (Àrea Bàsica de Salut) amb dificultats d'adaptació durant el procés de dol.

MATERIAL I MÈTODES

- **Disseny**. Estudi descriptiu retrospectiu.
- **Àmbit d'estudi**. A.B.S.
- **Subjectes**. Persones ateses des de 1•01•2003 fins 31•05•2004
- **Intervencions**. Entrevistes d'atenció al dol

RESULTATS

Persones ateses: 15 dones, amb edats entre 32 i 77 anys.

Origen demanda: 8 de l'equip, 2 de serveis socials municipals i 5 del programa d'Atenció Domiciliària.

Parentiu amb el difunt: 5 cònjuges, 2 mares, 3 germanes i 4 filles.

La defunció es va produir en 8 casos al domicili, 5 a l'hospital i 2 accidents de trànsit.

9 defuncions van ser producte d'una pèrdua.

S'ha derivat un cas a salut mental per dol patològic.

CONCLUSIONS

Des del treball social de l'ABS s'ha donat resposta a persones que pateixen un procés de dol amb dificultats, facilitant l'espai adient i les eines per facilitar l'elaboració de la pèrdua.

sonal me decía que en este terreno, tarde o temprano, es necesario abordarlo y por otro lado, profesionalmente podía captar con más nitidez como muchos de los problemas que me planteaban en la consulta tenían que ver con sentimientos personales negativos, falta de reconocimiento personal y una gran dificultad de hacerse responsables de sus vidas.

Como se puede observar, llevé el mismo proceso que con los grupos de relajación, es decir, comencé tomando conciencia de mi propia autoestima, lo elaboré y, una vez “integrado”, lo llevé a la práctica profesional. Siempre acompañado por la formación y la documentación básica.

Para esta primera vez tuve que echar mano de cierta osadía y valor, factores imprescindibles, para que no se quedara en un proyecto inconcluso.

Fue en el año 97 cuando la “Asociación Nuevas Amistades”, con la que el Equipo de Atención Primaria de Villa de Vallecas mantiene una estrecha relación, me solicitó una charla sobre la autoestima.

En esa Asociación se realizan, entre otras actividades, clases de alfabetización y habían observado que las mujeres que participaban desconfiaban de sus propias capacidades de aprendizaje y, esto les estaba impidiendo aprender. Desde mi propia concepción de la autoestima, consideré que una charla sobre este tema no iba a cubrir la necesidad que me planteaban, y reconvertir la demanda en un proyecto de trabajo donde facilitar y poder elaborar cambios personales.

Mantuvimos varias reuniones informales que generaron un equipo de trabajo formado por M^a Luisa San Pedro, maestra y miembro activo de la asociación y Pilar Sánchez colaboradora de la misma. Las reuniones semanales dieron como resultado un programa adaptado específicamente al grupo, que titulamos: Taller de autoestima “Quererse también es salud” y lo desarrollamos en doce sesiones de dos horas de duración, una vez por semana.

Este grupo nació a iniciativa de la comunidad y se elaboró con y para la comunidad.

El primer taller iba dirigido exclusivamente a las mujeres de esta Asociación y la evaluación fue muy positiva.

M^a Luisa San Pedro y yo decidimos continuar los talleres desde el año 1.998 hasta el año 2.001. Establecimos dos grupos, uno por la mañana y otro por la tarde cada año. Algunas de las mujeres pertenecían a la asociación y la mayoría eran usuarias de los Centros de Salud (Villa de Vallecas y Cerro Almodóvar) que fueron derivadas por los profesionales de los Equipos, del Centro de Salud Mental de referencia e informalmente acudían por el “boca a boca”.

Para la mayoría de las participantes era su primera experiencia de trabajo personal en grupo y estoy convencida de que se abrió una puerta a su evolución personal. Manifestaron haber adquirido mayor conocimiento, aceptación y respeto de sí mismas, se sintieron tenidas en cuenta e importantes y tomaron conciencia de sus derechos como persona, siendo más capaces de decir no y autoafirmándose. Reconocieron al grupo que les movilizaba y potenciaba del cambio, allí pudieron reflexionar sobre sí mismas, sobre su vida cotidiana y, en su mayoría, experimentaron que algo había cambiado en ellas.

Estos grupos han servido para que la mayoría de las mujeres evolucionaran, aprendieran a escucharse a sí mismas y a las demás y, por ende, cuidaran de su salud. No esperábamos grandes cambios y sin embargo “algo cambió”: tomaron conciencia de quiénes eran, de cómo les influye el respeto a sí mismas y a los demás, su aceptación o rechazo de sí mismas y por último, se dieron cuenta de la importancia de responsabilizarse de su propia vida.

Por nuestra parte valoramos que las mujeres mostraron mucho interés por los temas y los ejercicios realizados, fueron muy participativas y consiguieron expresarse a nivel emocional y tomar conciencia de ellas. En algunas participantes observamos cambios importantes.

Grupos de cuidadores “CUIDAR CUIDÁNDOSE”

Los grupos de cuidadores surgieron de la Comisión Socio-sanitaria de Villa de Vallecas. Dicha comisión fue promovida por la gerencia del Área I del INSALUD y desde el año 96, nos reunimos una vez al mes en el Centro de Salud de Villa de Vallecas con el objetivo de que las instituciones se conozcan entre sí para tratar coordinadamente aquellos problemas socio-sanitarios que afectan a las personas mayores. Las instituciones en un inicio fueron: Serv. Soc. del Ayuntamiento, Centro de Mayores de la Comunidad de Madrid de V. De Vallecas, Asociación de Alzheimer, Cáritas, Salud Mental, Hospital Gregorio Marañón, Gerencia del Área I y los Centros de Salud de Villa de Vallecas y Cerro Almodóvar.

Una de las funciones de esta comisión es apoyar a los familiares que cuidan de su mayor dependiente por lo que se plantea realizar grupos dirigidos a los cuidadores.

El cuidador es aquella persona que está atendiendo a un familiar enfermo y/o dependiente. La sobrecarga de actividades que tiene que realizar vienen determinadas por: los cuidados específicos, la falta de apoyo y reconocimiento familiar, y la implicación emocional que produce el ver cómo, día a día su ser querido se deteriora. Esto conlleva a que la persona esté sobrecargada y corra riesgo de enfermar. Cuando se escucha “no puedo más”, es un grito desesperado ante el que los profesionales de la salud no podemos quedarnos impasibles.

Una de las respuestas ante esta situación es crear espacios donde los cuidadores puedan poner voz a lo que, están viviendo, puedan compartir con otros sus vivencias, puedan pensar juntos como llevarlo mejor y en definitiva, buscar tiempo para ellos y aprender a cuidarse. Ya que “si no pueden más”, están cuidando insanamente.

Fuero parte de esta comisión y por considerarse que era la profesional con mayor formación y experiencia con grupos hizo que fuera la coordinadora del mismo junto con Manuela Barranco, Trabajadora Social del Centro de Mayores de la Comunidad de Madrid de Villa de Vallecas. Ambas elaboramos el programa con el apoyo de la comisión y de los profesionales que participaron en el grupo. Aprendí con ella, me sentí reconocida y muy acompañada.

Para trabajar el tema en grupo partimos de varios interrogantes, como: ¿Quién cuida al cuidador?, ¿Cómo se cuida el cuidador?, ¿Qué conocimientos socio-sanitarios demanda el cuidador?

Para dar respuesta a estas preguntas vimos necesario el abordaje inter-disciplinar por lo que se promueve la participación de Médicos de Familia, Enfermería, Fisioterapeutas y Trabajadoras Sociales. Se establecieron doce sesiones semanales de dos horas cada una donde se trataron las materias referidas a: los procesos de envejecer, enfermedades más comunes en los mayores, cuidados de enfermería, cambios posturales y aspectos psico-sociales relacionados con el cuidar, los límites, auto-cuidados, delegar y pedir ayuda, la comunicación y los recursos sociales. Las dos coordinadoras estamos presentes en todas las sesiones, siendo el elemento de referencia continuo para los asistentes y los profesionales.

El día que se trataron los recursos sociales acudieron todas las instituciones implicadas. Se contó con el apoyo de las Voluntarias de Cáritas para que se ocuparan de los mayores y el familiar pudiera acudir al grupo y estuviera más tranquilo. La oferta fue para los cuidadores que lo necesitaban porque el recurso era limitado.

Es importante destacar que la mayoría de los cuidadores eran mujeres y amas de casa. Al terminar el

POSTERS



grupo los cuidadores sentían que habían aprendido a cuidar y a cuidarse, a poner límites, a pedir ayuda a familiares e instituciones, comprendían mejor lo que les pasaba tanto a ellos como a su familiar y manifestaron querer más y cuidar mejor a su familiar. Habían adquirido conocimientos técnico-sanitarios como: cambios posturales, higiene, alimentación, proceso de envejecimiento y quizás lo más importante, movilizar sus recursos personales, aceptar su realidad y aprender a “vivir” con ella.

Trabajar con Manuela me ayudó mucho y juntas pudimos elaborar y evaluar cada sesión enriqueciéndolas y enriqueciéndonos. Trabajamos duro y nos sentimos compensadas ya que el resultado fue muy satisfactorio.

ETAPA 4: TECNICA METAMORFICA

En esta etapa incluyo el contacto físico a través de la técnica Matamórfica. Os preguntareis cómo una Trabajadora Social se arriesga y rompe los límites e incluye el contacto físico. El contacto físico está “muy prohibido” en nuestra sociedad y sin embargo carecemos de ello y es un alimento psicológico insustituible. Cuando alguien se nos acerca a pedir ayuda porque está sufriendo, a veces, no necesita de tecnicismos, sino de: presencia, escucha y contacto humano. Así, la persona puede experimentar que no está sola. Se por experiencia que el masaje es un camino para llegar a lo emocional y desde ahí elaborar y reparar las carencias personales.

Grupos de relajación y comunicación.

M^a José Nieto, Trabajadora Social de Atención Primaria, ofreció a las Trabajadoras Sociales y a otros profesionales un espacio para aprender la técnica Metamórfica. Esta técnica con grupos venía desarrollándola en el Centro de Salud donde trabaja desde hacía varios años, con resultados muy positivos para la población. A ella le debo el aprendizaje de esta técnica y el enriquecimiento de su experiencia y su saber.

La confianza que me dió la técnica y las experiencias de varias trabajadoras sociales de Atención Primaria que coincidimos en este espacio, más lo que me aportó personalmente, hizo que abandonara las técnicas de relajación que venía trabajando: Jacobson (tensión / relajación), Schultz (entrenamiento autógeno), visualización y respiración e incorporé la Técnica Metamórfica. Allí reflexionamos y compartimos experiencias de estos y otros grupos durante más de dos años. También, di y recibí la técnica durante más de 6 meses antes de llevarla a la práctica profesional y pude comprobar cambios sutiles e importantes para mí.

La técnica o masaje Metamórfico consiste en dar un masaje en los pies, manos y cabeza. Permite que la persona se relaje al dar y recibir el masaje y recupere parte de la energía vital que tiene contenida, siendo más consciente y segura de sí misma.

Se establecen “grupos abiertos” donde cada mes se pueden ir incorporando personas al grupo. Las personas son derivadas por los profesionales de los Equipos de Salud que llevo. Y una vez realizada una o varias entrevistas si procede les incluyo en el grupo. El tiempo de duración es de cuatro meses de tres horas cada sesión. Finalizada esta etapa, se les propone pasar al Grupo Comunitario que funciona autónomamente y se reúne una vez a la semana en un local parroquial de Villa de Vallecas.

Grupos comunitarios.

Estos grupos se forman como consecuencia de que la duración del primer módulo (dieciséis sesiones) que se recibe en el centro de salud tienen como objetivo bien tratar situaciones de crisis agudas, bien sentar las bases y los conocimientos básicos de esta técnica. Para las personas que lo

plantean como un proceso de cambio a largo plazo es necesario crear una red social que permita la continuidad de estos espacios de salud. Es por esto necesario formar grupos comunitarios para que las personas consoliden lo recibido y lo mantengan. Además de crear redes de apoyos socio-sanitarias.

El Grupo Metamórfico tiene una tarea específica de dar y recibir el masaje. Hay otros aspectos que se trabajan en el grupo que tienen que ver con poner palabras a la experiencia y expresar emociones.

Las trabajadoras sociales con las que aprendí esta técnica tenían establecidos grupos comunitarios con gran éxito. Esto me dio confianza en creer que era posible que los grupos se mantuvieran. Y desde hace dos años vienen funcionando los grupos comunitarios en Villa de Vallecas.

He establecido una reunión mensual con cada grupo para apoyarlos y acompañar a las personas que terminan en el grupo que se imparte en el Centro de Salud. En estos encuentros plantean: dudas sobre la técnica, las relaciones interpersonales y personales y expresan como se encuentran.

Localizar espacios institucionales donde las personas puedan reunirse, resulta muy difícil. En estos momentos están teniendo problemas con el lugar habitual. Dada la importancia de estos grupos estamos negociando con el Centro de Salud de Villa de Vallecas la cesión de una sala para garantizar la continuidad del grupo.

VI. CONCLUSIONES

Considero que es posible otra mirada en Salud por:

Los Trabajadores Sociales de Salud enriquecemos la Atención Primaria de Salud aportando una visión psico-social a las intervenciones individuales y grupales. Abordamos los problemas de la vida cotidiana y es en lo cotidiano donde la persona enferma y sana.

Sin la formación y la experiencia en grupos no me hubiera sido posible realizar este trabajo. Además de la reflexión y el análisis de las actividades profesionales realizadas. Esto forma parte de nuestro quehacer profesional.

Considero que la participación en procesos grupales deja en la persona una huella de pertenencia que de por sí es sanadora, y a largo plazo, repercute en ella positivamente permitiéndole que afronte las dificultades de su vida. El recuerdo del grupo y lo que ahí se elabora, favorece el que la persona tome decisiones que sola no podría tomar y permite la comunicación y la socialización. Dotar a los usuarios de las herramientas necesarias que les sirvan para tomar conciencia de su situación y buscar soluciones a sus problemas socio-sanitarios; es una de las tareas de los trabajadores sociales de Atención Primaria de Salud. Este es mi reto y deseo que también se el vuestro.

La comunidad carece de sitios donde las personas se puedan reunir para hacer "algo" juntas. Muchos de los problemas socio-sanitarios se solucionan cuando las personas comparten con otras, buscan soluciones y tienen apoyo psico-social y para ello es necesario crear **Espacios de Salud**.

Para terminar quiero compartir con vosotros que elaborando esta experiencia me ha embargado

CIRCUIT MUNICIPAL D'ATENCIÓ A LES DONES VÍCTIMES DE VIOLÈNCIA DOMÈSTICA.

AUTORS

Lluís Esteve. Metge de Família i Coordinador Àrea bàsica de Martorell
 Carmen Cordon. Psicòloga. Responsable programa d'atenció a la Dona Ajuntament Martorell
 Rosario Gomez. Treballadora Social. Ajuntament de Martorell
 Laida Ikuga. Llevadora. Àrea Bàsica de Salut de Martorell
 Carme Rovira. Treballadora Social. Àrea Bàsica de Salut de Martorell

Resum

A Martorell, els últims anys, s'ha posat de manifest per part de professionals de diferents àmbits la necessitat d'establir unes línies d'actuació definides per donar resposta a les situacions de violència familiar vers les dones.

Des de l'Ajuntament, sent conscients d'aquesta necessitat, es va decidir prendre la iniciativa. Així, des del Servei d'Atenció a la Dona de Serveis Socials es va treballar per aconseguir la coordinació i la col.laboració de representants de tots els àmbits professionals relacionats amb aquesta problemàtica per arribar a la creació d'un circuit d'atenció a les dones víctimes de violència domèstica.

L'esquema de circuit que es proposa fa referència als diferents àmbits d'actuació i a les intervencions professionals previstes per donar resposta a les diferents situacions que es poden produir en cas de violència domèstica vers les dones, així com les derivacions i coordinacions necessàries entre els serveis que formaran part del Circuit Municipal.

Els àmbits implicats serien:

Àmbit social: Serveis d'Atenció Social Primària de l'Ajuntament de Martorell
 Serveis d'Atenció a la Dona.

Àmbit dels cossos de seguretat: Policia Local
 Guàrdia Civil

Àmbit sanitari: Hospital Sant Joan de Déu de Martorell
 Àrea Bàsica de salut
 Unitat d'atenció a la dona
 Cap de Salut Mental

Àmbit judicial: Jutjats de Martorell

Mètodes

Dissenyar i Organitzar el circuit de violència domèstica
Donar-lo a conèixer als professionals i a la població
Crear una comissió tècnica de seguiment
Estructurar i supervisar la formació dels professionals

Resultats

Increment de la coordinació dels professionals d'àmbits diversos.
Increment en la detecció i derivació dels casos.
Ajust dels recursos a les necessitats.

Conclusions

El circuit es un bon instrument de treball en l'atenció a les dones víctimes de violència domèstica

S'ha de seguir treballant per la major implicació de totes les institucions

Impulsar la prevenció i la detecció precoç

Fer palès les mancances dels recursos especialitzats per assolir una atenció integral i de qualitat.

DETECCIÓ I TRACTAMENT DEL DOL MIGRATORI DES DE LA CONSULTA DE TREBALL SOCIAL

Autors:

Torres Belmonte S., Treballadora Social EAP Casanova. Sequeira Aymar E., Metgessa de Família EAP Casanova, Lasterra Abaigar S., Metgessa de Família EAP Casanova. Grup de Treball de l'Immigrat Consorci d'Atenció Primària de Salut de l'Eixample –CAPSE- Barcelona.

Paraules clau:

Dol migratori
Síndrome d'Ulisses

Àmbit d'actuació: ABS urbana 30.000 habitants

Objectius: 1. Detecció precoç del dol migratori 2. Facilitar la derivació al MF pel tractament 3. Coordinació MF i Treball Social per evolució 4. Tractament del/s dol/s detectat/s alterat/s 5. Derivació dels més greus als recursos pertinents

Descripció: Aproximació a la població per TS amb la tramitació del dret a l'assistència sanitària per a persones sense recursos Agost 2001/juny 2004

Metodologia: Entrevista semi-estructurada on registrem variables sociodemogràfiques i presència dol migratori. Tractament, seguiment, coordinació amb MF. Derivació centres especialitzats d'aquells que no evolucionen favorablement

Resultats: 1322 immigrants, 705 dones, 126 <14 anys i 37 >65. 86 TS va detectar dol migratori confirmat pel MF en 62. **Casos detectats:** 46 dones, 4 <14, 2 >65. 20 amb xarxa sociofamiliar. 18 amb situació legal regularitzada. 37 vivien de relloguer en habitació, 37 no treballaven tampoc disposaven d'ingressos. 48 manifestaven no haver satisfet expectatives. 20 sentien rebuig per societat d'acollida. 41 presentaven simptomatologia i 57 es detectava alteració parcial dol per comunicació no verbal. **Casos tractats:** 42 intervenció orientada a establir xarxa suport. 9 suport en recerca de l'habitatge, 29 suport en recerca de feina, 14 millorar condicions laborals. 53 elaboració expectatives 23 tractament farmacològic, 7 va caldre coordinar-se Milloria amb tractament de l'ABS 58, 7 van precisar derivació a centres especialitzats Detectats 3 Síndromes d'Ulisses

Conclusions: L'acollida per TS detecta precoçment dol migratori. L'abordatge de MF i TS facilita l'elaboració d'aquest. La majoria no cal derivar. El tractament obté millors resultats si ens centrem en dols alterats. Dols més alterats: família/amics, pèrdua d'estatus social i cultura

un profundo agradecimiento a todas las personas que me han ayudado, escuchado y apoyado con los grupos. Ahora siento que sin ellas no hubiera sido capaz de realizarlo y además me ha servido para integrar y valorar todo el reconocimiento recibido.

Le estoy especialmente agradecida a mi formación de Terapeuta Gestáltica que tanto me enseña de mí y de las personas.

Y a la Gerencia del Área I que me ha permitido realizar este trabajo que os he presentado.

Y por último, animaros a realizar grupos sabiendo que tenemos que ARRIESGAR porque como dice un escrito "El mayor peligro en la vida es no arriesgar nada. Aquel que nada arriesga, nada hace, nada tiene, nada es".

VII. BIBLIOGRAFÍA.

Selección bibliográfica que he ido utilizando a lo largo del trabajo con grupos.

- Fritz Perls.- "Yo, hambre y agresión". Editorial Olimpia S.A. Sevilla. México.
- Fritz Perls: "Testimonios de terapia" . Editorial Cuatro Vientos.
- Erving y Miriam Polster. "Terapia gestáltica". Amorrortu editoriales.
- J. Fagan e I. Shepherd. "Teoría y técnica de la Psicoterapia gestáltica." Amorrortu ediciones.
- Claudio Naranjo. "La vieja y novísima Gestalt". Editorial Cuatro Vientos.
- Francisco Peñarrubia. "Terapia gestáltica, la vía del vacío fértil". Editorial Alianza.
- Rosemary A., Payne. "Técnicas de Relajación." Editorial Paidotribo.
- Antonio Blay. "Relajación y energía". Ediciones Indigo.
- Michael Sky. "Respirando". Editorial Edaf.
- Hiltrud Lodes. Aprende a respirar. Libro de Integral.
- Thorwald Dethlhlefsen y Rudiger Dahlke. "La enfermedad como camino". Ediciones Plaza y Janes.
- Nathaniel Branden: "Los seis pilares de la autoestima". Editorial Buenos Aires. Piados.
- Nathaniel Branden. "El respeto hacia uno mismo". Editorial Piados.
- W. R. Bion. "Experiencias en Grupos". Ediciones Paidos.
- Pichón Riviére. "El proceso grupal". Editorial Piados.
- Geston Saint Pierre y Debbie Shapir. "La técnica Metamórfica" . colección Terapion.

LA IMPORTÀNCIA DEL TREBALL SOCIAL EN LA PREVENCIÓ DELS MALTRACTAMENTS A LA GENT GRAN

Autors:

Teixidor Camps, Àngels, Treballadora Social ABS SALT
Alcolado Aranda, Ana M^a. Metge de família ABS SALT

RESUM:

OBJECTIUS:

- 1) Donar a conèixer el drama ocult de l'existència de maltractaments a la gent gran
- 2) Identificar les formes i modalitats de maltractaments que es poden donar
- 3) Conscienciar de la necessitat d'un abordatge integral de la problemàtica
- 4) Incidir en la importància del/la Treballador/a Social de l'EAP en la prevenció de possibles casos de maltractaments a la gent gran

MATERIAL I MÈTODES:

El treball està basat en un estudi descriptiu portat a terme durant l'any 2003 a la població de Salt major de 65 anys i on hi ha hagut algun tipus d'intervenció per part de la Treballadora Social de l'EAP.

Es descriuen les variables: sexe, edat, ATDOM, nivell de dependència, habitatge, nucli de convivència, perfil del cuidador, sospita de maltractaments, factors de risc del cuidador etc...

CONCLUSIONS:

- 1) El maltractament NO es dona només dins l'àmbit domèstic o familiar sinó també institucional
- 2) La complexitat de la problemàtica del maltractament a les persones grans prové de les múltiples implicacions que té (ètiques, socials, psicològiques, jurídiques, mèdiques etc...) fet pel qual es fa del tot imprescindible un abordatge interdisciplinari
- 3) La prevenció de la claudicació del cuidador principal és un factor clau per evitar possibles casos de maltractaments i el/la treballador/a social hi juga un paper importantíssim

COORDINACIÓ ENTRE SERVEIS SOCIALS, SALUT MENTAL I ATENCIÓ PRIMÀRIA EN SALUT PER L'ABORDATGE DE PERSONES AMB PROBLEMES DE SALUT MENTAL I NECESSITATS SOCIALS

AUTORS:

Petri Bonilla, treballadora social de l'Equip d'Atenció Primària Sant Martí
Pilar Heras, Directora del Centre de Serveis Socials de Sant Martí-Verneda.
Belen Parra, treballadora social de la Unitat de Salut mental de Sant Martí-La Mina;
Coordinadora CSMA
Liliana Rodríguez, psicòloga del Centre de Serveis Socials de Sant Martí-Verneda
Teresa Salut, treballadora social de l'Equip d'atenció primària de La Pau
Ruth Sastre, treballadora social del CDIAP El Prat

PARAULES CLAU: circuit, coordinació

RESUM:

OBJETIUS:

Els objectius principals són la descripció del model de coordinació interserveis i intraserveis; determinar i mesurar els dèficits o avantatges del sistema d'atenció mitjançant l'anàlisi de dades; i contextualitzar l'atenció urgent del territori de La Verneda i La Pau

MATERIAL:

Historia clínica dels pacients (ABS i USM) i expedients administratius dels usuaris del CSS; base de dades del àrea de afers socials de l'ajuntament de Barcelona (usufam), documentació de recollida de dades en reunions de coordinació; bibliografia diversa.

METODES:

El disseny de l'estudi ha estat una reconversió del projecte pilot proposat per la comissió tècnica per la coordinació de Serveis Socials, Salut mental i Atenció Primària de salut per l'abordatge de persones amb problemes de salut mental i necessitats socials; per tal d'ajustar-lo a les característiques dels serveis involucrats i el territori (existència d'un sistema estable de coordinacions i necessitat de valorar-lo), convertint-se en un anàlisi en base a la experiència.

L'àmbit d'estudi es fixa en el territori de La Pau- La Verneda; ajustant-se a aquells individus usuaris de serveis socials amb malaltia mental i necessitats socials.

Hem utilitzat, com a mesurament, un anàlisi metòdic basat en una primera part de caire bibliogràfic que ens permetés situar-nos en un marc teòric delimitat; i una segona part centrada en classificar i quantificar, mitjançant la casuística relativa a dos anys de coordinacions.

RESULTATS I CONCLUSIONS

Els resultats de l'estudi ens han permès detectar dèficits en els fluxos de comunicació; però també perfils d'actuació urgent tripartida (d'atenció necessària des dels 3 serveis) i propostes de millora.

COMUNICACIONS

LA COORDINACIÓ I EL TREBALL EN XARXA ES POSSIBLE DES DE LA PERSPECTIVA DEL TREBALL SOCIAL

Autores: Maribel Martín TS EAP Sant Andreu 9G, Carmen Alcaraz. Educadora Social Caritas, Josefina Pubill Psicopedagoga Caritas.

Paraules Clau: Sensibilització, comunitat, Xarxa,

OBJECTIUS

- Coordinació Càritas i Equip d'Atenció Primària de Salut (EAP) de Sant Andreu.
- Formació comunitària que capaciti per treballar en serveis de proximitat.

Detecció dels serveis d'atenció personal dins del programa de Salut a Casa.

MATERIAL I MÈTODE

Inici del projecte: gener 2002 fins juny 2004. Inici cursos formació mobilització malalts. Novembre'03. Barri Sant Andreu. Entre serveis Caritas i EAP.

- 1.- Des de l'EAP la treballadora social (TS) treballa les demandes de serveis a domicili. Coordinació amb Caritas.
- 2.- Des de Càritas es treballa amb el demandant de feina (plà de treball individualitzat, espais formatius i de recerca de feina).
- 3.- Programa formatiu compartit EAP i Càritas, capacitatí atenció a terceres persones. Formadors: infermeria de l'EAP.
- 4.- Mediació laboral i seguiment dels serveis .Caritas.
- 5.- Reunions periòdiques cada 6 mesos per la coordinació entre professionals:

Elaboració de material propi pel projecte:

- Fitxes de demanda de feina, de derivació, d'avaluació, .
- Material didàctic fotocopiatiu pel al curs formatiu.

Recursos humans, professionals i materials (video, aparell de transparencies)

RESULTATS

- 40 demandes de serveis d'atenció domicili.
- Serveis més demandants: atenció personal, higiene i mobilització, suport i realització de menjars, acompanyaments al carrer.
- 4 cursos de formació. Total de persones: 34. Periodicitat: bimensuals..

CONCLUSIONS

Optimització dels recursos existents en la zona.

Inserció laboral de persones amb dificultats per accedir al món del treball .

Sensibilització població autóctona vers població inmigrant econòmica.

Implicació personal d'infermeria en tasques formació grupals comunitàries.

Facilitar l'usuari un servei a domicili amb seguiment.

DE L'INDIVIDUAL A LA COMUNITÀRIA: Un camí d'anada i tornada

Si des dels Equips d'Atenció Primària, i en concret des de Treball Social, hi ha una visió fragmentada dels diferents àmbits d'intervenció, només tenim una visió parcial de les diferents problemàtiques de la comunitat que impedeix fer prevenció primària i comporta invertir més temps i recursos per fer front a les demandes individuals a les consultes.

AUTORS: M.A.Rocabayera, Pepita Rodríguez i Molinet

PARAULES CLAU: interrelació , interdisciplinarietat i comunitat

Objectius:

Demostrar que la intervenció comunitària ha d'estar fonamentada en l'atenció individual ,en la relació assistencial i amb l'equip interdisciplinar per que sigui eficaç.

Demostrar com la intervenció comunitària reverteix en la millora de l'atenció individual i en el benestar dels diferents col·lectius.

Metodologia:

L'aplicació del Programa Salut a Casa servirà com a exemple per sustentar la nostra tesi. Sota l'objectiu **d'aconseguir una millora en la qualitat de vida de malalts i cuidadors** ens plantejarem la intervenció en base a quatre eixos:

Intervenció amb l'equip: sensibilitzar la detecció de necessitats/creació del Programa Cuidar i cuidar-se/ Formació en Grups/ Confecció de la Guia Pràctica per a cuidadors/Creació d'un Programa d'activitats comunitàries.

Intervenció amb el malalt: Diagnòstic de necessitats/Pla de treball/Contenció emocional/Intervenció familiar/Gestió de recursos.

Intervenció amb els cuidadors: Diagnòstic necessitats/Contenció emocional/Intervenció familiar/Grups de socioterapèutics

Intervenció amb la comunitat: Sensibilització i coordinació amb institucions de la xarxa Sociosanitària i social/Implicació de l'Ajuntament/Constitució de l'Associació de Cuidadors i Voluntaris (ACUIVOL)/ Organització de l'Aula de Salut SXXI "I a mi qui em cuida?"

Resultats i discussió:

A nivell de SAP s'ha realitzat:

- Confecció i aplicació del Programa Cuidar i Cuidar-se
- Confecció i aplicació del Programa d'Intervenció Comunitària
- Confecció Guia Pràctica per a Cuidadors
- Edició d'un curs de formació en conducció de grups

En quant a intervenció amb el malalt i cuidadors s'han atès des de l'atenció individual als pacients inclosos en el P. Salut a Casa.

S'han realitzat 6 grups socioeducatius i dos grups socioterapèutics amb cuidadors .

S'ha aconseguit constituir l'Associació de Cuidadors i Voluntaris amb el suport de les institucions de la zona, disposen de local i treballen per el pla d'activitats que s'iniciarà el proper setembre.

L'atenció individual ha fet possible la identificació de cuidadors candidats a Grups i que aquests constituïssin una associació, a través de la qual són portaveus i actors en la defensa de la satisfacció de les seves necessitats.

Són, a més, una font d'acollida i detecció de nous casos que reorientaran cap a l'atenció individual de treball social.

La interrelació entre el treball individual, grupal i comunitari, ha augmentat la sensibilitat i la motivació del personal sanitari, la col·laboració d'institucions de la comunitat i la satisfacció dels usuaris .