

1.- ANTECEDENTES DEL PROYECTO

A partir del estudio de la realidad, llevado a cabo desde el Centro de Acción Social y el Centro de Salud de la Alamedilla, de su zona de actuación, que comprende los barrios de Alamedilla, Santo Tomás, Garrido Sur, Puente Ladrillo, El Rollo, Delicias, San Isidro y Prosperidad, durante los años 1995/96, se decidió la creación de un grupo de Apoyo Social.

El número total de habitantes es de 40.578 de los cuales 6.718 personas son **mayores de 65 años**, suponiendo **un 16% del total**, y muchos de ellos viven solos o acompañados de su cónyuge, que posee una edad también avanzada. El análisis de estos datos, así como el conocimiento de los problemas, tanto de salud como sociales, de la zona nos hizo pensar en la posibilidad de que intervenir a través de la propia Comunidad podía constituir un método que resolviera situaciones a las que no teníamos respuesta con las herramientas de la medicina tradicional y los recursos sociales existentes.

Los factores que barajamos y que determinaron la necesidad **de crear un grupo de Apoyo Social** fueron los siguientes:

- 1º El progresivo **aumento** de la población mayor de **65 años**
- 2º El **empobrecimiento** de las redes de **apoyo tradicionales**: familiares, vecindario...
- 3º El **aumento de la esperanza de vida** que conlleva la existencia de patologías crónicas y disminuyen la autosuficiencia de estas personas.
- 4º La **mayor supervivencia** de las personas afectadas por problemas **invalidantes**, que llegan a una edad avanzada en la que se ven privados del apoyo paterno, que muchas veces ha llegado a edades ancianas o han muerto.

El principal problema observado en las personas receptoras de la ayuda es la **soledad**. A través de la demanda diaria se observó que muchas personas que viven solas sin ningún apoyo familiar o muy limitado sufrían de una soledad crónica. Tienen cubiertas sus necesidades primarias como el aseo y cuidado personal, en su mayoría por algún recurso social, pero el resto de su tiempo estaban solos y sufren algún problema de salud que les invalida para relacionarse con los demás.

Se pretende así avanzar un paso más en lo referente a la **atención primaria** (prevención propiamente dicha), **secundaria** (tratamiento y organización de los servicios con orientación preventiva) y **terciaria** (proporciona la rehabilitación y resocialización).

Al poner el proyecto en marcha nos encontramos con algunas **dificultades**:

1º Las personas suelen **negar su problema** de soledad porque sería reconocer el deterioro o total abandono de las relaciones familiares.

2º La **captación de voluntarios** suele ser difícil ya que supone un esfuerzo personal, al tener que disponer de su tiempo para ayudar a otros.

3º El constituir un grupo controlado y supervisado por profesionales **desterrando la idea de caridad** y dejando al margen creencias personales y religiosas.

Una vez constituido el grupo se presentó a los equipos de Atención Primaria implicados en el proyecto, para que hicieran derivaciones y apoyaran desde sus consultas; a la vez que se da a conocer a los diferentes grupos que dependen del Centro de Acción Social.

Durante todo el desarrollo del proyecto se mantienen con los voluntarios continuos **contactos y reuniones informativas y formativas** para ir resolviéndoles dudas y problemas que les iban surgiendo.

Conseguir la difusión del proyecto a la comunidad no fue difícil dado que en esta zona existe una buena red social y una coordinación con los Centros de Acción Social desde donde se difunde y se capta.

2.- OBJETIVOS

1. CREACION DE UN GRUPO DE AYUDA SOCIAL.
2. FAVORECER LAS RELACIONES INTERPERSONALES PARA MEJORAR LA AUTOPERCEPCION Y LA SATISFACCION DE LAS PERSONAS RECEPTORAS DE APOYO SOCIAL.
3. ESTIMULAR LA INDEPENDENCIA INDIVIDUAL Y EL SOPORTE SOCIAL, UTILIZANDO LA COMUNIDAD COMO PRINCIPAL RECURSO DE FOMENTO DE SALUD. –CREAR Y MANTENER REDES DE COORDINACIÓN ENTRE TODAS AQUELLAS INSTITUCIONES QUE TRABAJAN DIRECTA O INDIRECTAMENTE EN LA ZONA.
4. VINCULAR A LA COMUNIDAD EN LA SOLUCIÓN DE LOS PROBLEMAS DE SALUD QUE EXISTAN EN LA ZONA, Y QUE DE UNA FORMA PROGRAMADA OFREZCA ALTERNATIVAS Y RECURSOS, HACIENDO QUE ELLOS MISMOS SE ORGANICEN Y SEAN VOLUNTARIOS DE SU PROPIA COMUNIDAD: AGENTES DE SALUD.

2.- EVALUACION DE OBJETIVOS

2.1. CREACIÓN DE UN GRUPO DE AYUDA SOCIAL:

Se ha conseguido un grupo de voluntarios que en la actualidad cuenta con 17 personas. La meta inicial marcaba 30 personas en los 2 años de desarrollo del proceso, sin embargo aunque la consecución de la meta es del 56.6%, el grupo que en la actualidad se mantiene es un grupo estable, formado y con una alta conciencia de la importancia de su función y del mantenimiento en el mismo.

A lo largo de estos dos años el grupo ha pasado por momentos de más y menos voluntarios, ocurriendo en algunas ocasiones que las personas que se incluían en el mismo abandonaban pronto por distintas causas: falta de motivación, cambio de domicilio...

Las dificultades con que nos hemos encontrado han sido en la captación del grupo de apoyo y la delimitación de las tareas:

** Por una parte la captación de voluntarios es difícil, hemos utilizado las consultas médicas y de enfermería para explicar y solicitar la colaboración de pacientes conocidos en los que suponemos que pueden contar con tiempo libre y deseo de colaborar en tareas solidarias. Y por otra se ha acudido a los grupos constituidos en la zona para explicar y solicitar colaboración.

La primera estrategia se ha demostrado más útil, probablemente la solicitud estaba más personalizada y por parte del profesional se había realizado una selección previa que casi garantizaba el éxito.

La solicitud en los otros grupos no ha sido seguida del éxito que esperamos con la captación de mayor número de voluntarios.

** Los perceptores de ayuda, que habían sido detectados a través de las consultas médicas y de enfermería, y derivados a las trabajadoras sociales para su valoración, han presentado confusión en cuanto a las tareas que estas personas debían realizar, planteándose en alguna ocasión la demanda de que realizaran trabajos domésticos, o encontrándonos con dificultades para que aceptaran que una persona ajena a la familia o al equipo de salud pudiera entrar en casa.

** Necesidad de un seguimiento muy estrecho por parte de los profesionales de los equipos, con un coste de recursos humanos alto. La no implicación en el proyecto más que de 2 sanitarios del equipo hace que se sobrecargue su trabajo sin encontrar liberación de ninguna otra carga asistencial.

Como alternativa de futuro hay que replantear cómo captar voluntarios desde las consultas. Si la implicación de otros miembros del equipo fuera mayor el número de voluntarios se multiplicaría, sin embargo aunque la meta del proyecto es de 30, sería necesario la implicación de más profesionales en el seguimiento del proyecto, dado que es necesario mantener una supervisión cercana de la marcha del grupo y de las actividades que realizan.

En un futuro el grupo constituido se va a mantener y nos parece la meta de 30 muy alta, siendo probablemente un número de 20 el ideal para, con los recursos que contamos, mantener un buen nivel que realmente favorezca la calidad. Sería necesario que se constituyeran otros grupos con la misma dinámica y que los grupos se unieran para las actividades formativas.

Los **voluntarios necesitan un apoyo** constante desde el equipo de salud, tanto para plantear sus dudas, como para sentir que las cosas se realizan correctamente; no podemos olvidar que son personas sin formación en las tareas que se les ha encomendado salvo el **curso** que se les ofreció y **las reuniones** que se realizan mensualmente. También se

plantea la realización de **sesiones formativas específicas** sobre temas solicitados por los voluntarios, habiendo sido demandados hasta ahora La Enfermedad de Alzheimer y Cuidado de Pacientes con enfermedades Articulares Deformantes.

2.2. FAVORECER LAS RELACIONES INTERPERSONALES PARA MEJORAR LA AUTOPERCEPCIÓN Y LA SATISFACCIÓN DE LAS PERSONAS RECEPTORAS DE APOYO SOCIAL:

Las actividades de los voluntarios han ido dirigidas al **refuerzo y apoyo individualizado**, potenciándose de esta forma en nuestros perceptores de ayuda la **creación de lazos emocionales, familiares y grupales**, con la consiguiente elevación del sentimiento de responsabilidad y autoestima.

Se ha conseguido tal grado de **comunicación** entre los **perceptores de ayuda y voluntarios** que ha contribuido a favorecer las relaciones personales de los demandantes de ayuda, lo que conlleva a mejorar su autopercepción y satisfacer sus necesidades afectivas. Así mismo estos lazos creados han servido para que los voluntarios sientan la importancia de su labor y **augmente su autoestima**.

Se ha conseguido una adecuada coordinación entre los **voluntarios y profesionales** del proyecto, creándose **un eficaz equipo de trabajo**.

Entre las dificultades destacamos la lentitud con la que en ocasiones se consigue contactar y comunicar con el perceptor de ayuda. En un principio se muestran ausentes, individualistas e ignoran

totalmente al voluntario, lo cual va retrasando el proceso de comunicación y contacto que se establecerá entre ellos.

Como objetivo de futurose podría ir trabajando para que algunos de los **perceptores de ayuda se convirtieran en voluntarios**, aunque necesitaran la tutorización de otro voluntario.

2.3. ESTIMULAR LA INDEPENDENCIA INDIVIDUAL Y EL SOPORTE SOCIAL, UTILIZANDO LA COMUNIDAD COMO PRINCIPAL RECURSO DE FOMENTO DE SALUD. CREAR Y MANTENER REDES DE COORDINACIÓN ENTRE TODAS AQUELLAS INSTITUCIONES O ENTIDADES QUE TRABAJAN DIRECTA O INDIRECTAMENTE CON LA ZONA:

En el barrio donde trabajamos, desde hace años funciona un Aula Cultural, que organizada desde el CEAS y otras entidades, aglutina a más de 200 personas desde los meses de octubre a junio, en torno a actividades de información, formación y educación en distintos temas

En esta actividad participan, además de los perceptores, gran número de profesionales y voluntarios del barrio. Desde que se ha puesto en marcha este proyecto, la organización de las charlas informativas y de sensibilización, se han dirigido hacia la **Educación para la Salud**, centrándonos en distintos temas de interés como cuidados en personas mayores, encamados..., favoreciendo la vinculación de la población en la solución de los problemas de salud, y que de forma programada ofrezcan alternativas, haciendo que ellos mismos se organicen y sean voluntarios de su propia comunidad.

Se acudió a los grupos existentes en la zona y a las asociaciones ciudadanas para comunicarles el problema existente en la zona y el proyecto que iniciábamos. La implicación fue muy escasa.

En general la actitud de las personas que acuden al Aula Cultural ha sido muy positiva, con mucho interés en aprender los distintos contenidos, pero siempre con la idea de que les pueden ser útiles desde su individualidad, no planteándose la utilidad que pueden tener para otros ajenos a su familia.

En un futuro nos planteamos que puede ser útil que los mismos voluntarios que destinan sus servicios al apoyo social constituyeran una **asociación de voluntariado** que sirviera para promocionar sus actividades, y al mismo tiempo pudieran realizar actividades formativas, tanto en el terreno teórico como práctico y de manera más sistematizada y con mayores vistas de futuro.

2.4. VINCULAR A LA COMUNIDAD EN LA SOLUCIÓN DE LOS PROBLEMAS DE SALUD QUE EXISTAN EN LA ZONA, Y QUE DE UNA FORMA PROGRAMADA OFREZCAN ALTERNATIVAS Y RECURSOS, HACIENDO QUE ELLOS MISMOS SE ORGANICEN Y SEAN VOLUNTARIOS DE SU PROPIA COMUNIDAD: AGENTES DE SALUD.

Al desarrollar este objetivo y al vincular a la comunidad a la solución de los problemas de la zona, hay que destacar como un gran logro el **inicio** de la creación del entramado **de redes sociales** entre las instituciones existentes en la zona. Se ha conseguido con esto la **optimización de los recursos** comunitarios haciendo que sean accesibles y eficaces para solucionar los problemas más acuciantes de la zona, destacando así que la base del éxito de nuestro proyecto está en la multidisciplinariedad y la interinstitucionalidad.

También es necesario destacar como un gran logro la **coordinación** que se ha desarrollado entre los **profesionales de salud y del ámbito de lo social**, como la participación en la educación y promoción de la salud de los grupos, asociaciones y colectivos de la zona donde el voluntariado ha sido el agente activo del propio cambio.

La dificultad con la que se ha encontrado al desarrollar este objetivo ha sido la **creación del entramado de redes sociales** faltando aún mucho trabajo para su consolidación. Las distintas asociaciones o grupos se constituyen en torno a un objetivo común, y muchas veces es difícil que se abran hacia problemas o situaciones diferentes del mismo.

La alternativa de futuro planteada para este objetivo es mantener o **aumentar las redes y los recursos** de la comunidad para favorecer el desarrollo comunitario haciendo partícipe a todos los vecinos en el cambio social y desarrollar potencialidades que posea la comunidad para tomar iniciativa en la resolución de sus propios problemas.

El eje del éxito radica en el **fomento del voluntariado** y el asociacionismo. Así como también actuar con los distintos grupos para conseguir la promoción, la prevención y reinserción de individuos residentes en la zona.

3.- VALORACIÓN DEL PLAN DE ACTIVIDADES.

El inicio con el GRUPO DE APOYO parte de la **información, formación y orientación** ofrecida por los distintos profesionales y tras elaborar conjuntamente un plan de trabajo adaptado a cada sujeto, desarrollan posibles intervenciones:

3.1.- ACTUACIONES EN EL DOMICILIO DEL PERCEPTOR DE AYUDA

A.-NIVEL INDIVIDUAL:

Una vez se ha dado prioridad y elaborado las premisas de trabajo con las familias receptoras de la intervención por parte de los técnicos, se procede a la presentación, conocimiento y contacto entre el sujeto que demanda ayuda y el voluntario que intentará proporcionarle apoyo. Seguidamente se le ofrece un servicio de acompañamiento para paliar su situación de soledad, de ausencia de integración, etc.

Esta actividad es sumamente importante ya que con ella se consigue tal grado de contacto personal que conlleva a que aumente la confianza, la amistad e incluso a intercambiar información y sentimientos personales entre el demandante de ayuda y el voluntario, acercándonos en algunos casos al concepto de grupos de autoayuda.

Las Trabajadoras Sociales del CEAS Rollo y del C.S. Alamedilla realizan el seguimiento de los perceptores de ayuda a través de visitas domiciliarias valorando la intervención realizada y haciendo propuestas.

B.- NIVEL FAMILIAR:

Muchos de los perceptores de ayuda que sufren esas sensaciones de discomfort, de vacuidad... pueden sufrir problemas familiares, ya que ellos mismos se aíslan, se individualizan y no se comunican ni se relacionan con su familia o la consideran responsable de lo que ellos sufren, degenerándose paulatinamente las relaciones familiares.

Ante esto y tras la valoración de los distintos profesionales, se realizan unas actuaciones en el domicilio (charlar, jugar a cartas...) donde participa el sujeto perceptor de la ayuda y los miembros de su familia, potenciando el autoconcepto, la autoestima y los mecanismos de comunicación familiar.

En función de la relación con la familia se intenta establecer nuevos lazos de ayuda y formar a los mismos sobre la problemática y la posible intervención por parte de ellos. La soledad es una de las situaciones que llevan a un deterioro personal muy acuciantes.

3.2.-INTERVENCIONES FUERA DEL DOMICILIO DEL PERCEPTOR DE AYUDA.

A.- NIVEL INDIVIDUAL:

Se proporciona el servicio de acompañamiento, dirigiéndose con los perceptores de ayuda a distintos lugares (parques, aulas de cultura, talleres,...) favoreciendo la comunicación entre ellos, satisfaciendo algunas necesidades que presentan y principalmente se va estimulando la independencia individual del sujeto que demanda ayuda.

Al mismo tiempo se favorece que miembros de la familia del receptor puedan descansar y/o realizar actividades de ocio u obligación, "cuidando al cuidador".

B.- NIVEL GRUPAL:

La colaboración de distintos grupos, asociaciones e instituciones de la zona con el CEAS Rollo y el C.S. Alamedilla es fundamental. Tras valorar las necesidades y las posibilidades que presentan los receptores de ayuda para participar en la comunidad, se acude con ellos a las distintas actividades que se desarrollan en las instituciones de la zona, contribuyendo de esta forma a la integración del sujeto en la comunidad.

El voluntario actúa como introductor del receptor de ayuda y le apoya en los primeros momentos hasta que se hace sitio en el grupo.

4.- VALORACIÓN DE LA METODOLOGÍA

El método de trabajo se plantea desde la premisa de la Promoción de la Salud, donde la PARTICIPACIÓN es el eje central para la consecución de los objetivos planteados, sin excluir por ello las intervenciones clínico-individuales y de pequeño grupo.

Asentado el proyecto en el DESARROLLO COMUNITARIO, se pretende un cambio en el entorno donde se produce la ejecución, creando un entramado de REDES SOCIALES donde no existan, y potenciando aquellas ya constituidas y que sean eficaces para que sirvan de apoyo natural a todos los ciudadanos. El método se basa en la OPTIMIZACION DE LOS RECURSOS comunitarios haciendo que sean accesibles y eficientes, dando solución a los problemas más acuciantes de la zona.

Las intervenciones parten del individuo, analizando la necesidad o no de la ayuda externa. Por un lado, habrá una intervención profesional especializada cuando se encuentren con problemas de salud (prevención secundaria y terciaria). Por otro, se observarán las habilidades y destrezas de los sujetos para dar solución a sus problemas, valorando los factores de riesgo de salud en aquellos que no la tengan (prevención primaria). Y por último el uso o no de las redes sociales primarias por parte de los perceptores que podrían desembocar en problemas de salud.

Los problemas de salud de la comunidad encuentran sus solución en la concurrencia de muchos sectores y no solo el de salud. La **MULDISCIPLINARIEDAD** e **INTERINSTITUCIONALIDAD** es la base para el éxito del proyecto.

La coordinación en el trabajo de los distintos profesionales será importante organizando de forma sistemática reuniones de trabajo, donde se analizarán las funciones comunes y se asignarán las tareas que correspondan a cada uno. La selección entre distintas instituciones para la consecución de un mismo objetivo se inicia desde los trabajadores de base con la meta de llegar a acuerdos institucionalizados desde la cúspide de los mismos.

Tan importante es la **COORDINACIÓN** de los profesionales de salud y del ámbito social a nivel publico y privado, como la participación activa en la educación y promoción de la salud de los grupos, asociaciones y colectivos de la zona, donde el **VOLUNTARIADO** será el agente activo de su propio cambio y de la comunidad.

VALORACIÓN DE LAS TÉCNICAS INSTRUMENTALES UTILIZADAS.

**** CAMPAÑAS DE INFORMACION**, para informar y concienciar a la población sobre la problemática que existe en la zona y captar al voluntariado. Se han realizado con contacto directo por las trabajadoras sociales en las diferentes asociaciones y por los profesionales sanitarios en las actividades de consulta.

**** ENTREVISTA**, realizadas tanto por las trabajadoras sociales del CEAS Rollo y Centro de Salud Alamedilla como las realizadas por los diferentes médicos y ATS del C.S. en sus consultas.

**** REUNIONES.**

- Reuniones de todos los profesionales.
- Reuniones entre todos los profesionales y voluntarias.
- Reuniones con las asociaciones, instituciones.

**** CURSOS DE FORMACION**, orientados a los componentes del grupo de Apoyo Social para aumentar sus conocimientos ante las distintas problemática que se les presente.

**** CONTROL Y SEGUIMIENTO** para comprobar la evolución y eficacia del proyecto. Este control y seguimiento se lleva a cabo rellenando las fichas sociales individuales, unas destinadas a las actuaciones del voluntario y otras destinadas al receptor de ayuda.

**** INFORMAR** a nuestros receptores de ayuda de las distintas instituciones de la zona para motivar su participación en aquellas que les interese. Además se les informa de otros recursos materiales, económicos y humanos existentes en la zona y que están a su entera disposición.

- Todas estas técnicas utilizadas se desarrollan sin olvidar otra no menos importante como es la **OBSERVACIÓN PARTICIPANTE**.

6.- EVALUACIÓN

Como evaluación final se puede decir que se ha conseguido el primer objetivo del proyecto: creación de un grupo de apoyo social desde octubre del noventa y seis hasta la actualidad. Así mismo se puede resaltar:

** Han sido satisfechas parte de las necesidades de las personas receptoras.

** Se ha conseguido una adecuada coordinación entre los voluntarios y profesionales del proyecto constituyendo un eficaz equipo de trabajo.

** Mantenimiento y creación de redes de coordinación entre instituciones y entidades que trabajan en la zona.

** Coordinación de los profesionales de salud y del ámbito de lo social participando en la promoción y educación de la Salud en los grupos.

** Optimización de los recursos y vinculación de la comunidad en la solución de los problemas de la zona.

Aunque los recursos humanos que han desarrollado el proyecto han sido suficientes, hay que destacar la baja participación de los profesionales de atención primaria para la captación de usuarios.

La continuidad del proyecto nos plantea una dificultad importante al carecer de financiación

**GRUPO DE APOYO SOCIAL Y OPTIMIZACION
DE RECURSOS Y REDES COMUNITARIAS EN
UNA ZONA URBANA**

Consuelo Gil Rodríguez

M^a del Castañar Jiménez Martín

M^a Jesús Morán Corredera

Pilar Moreno González

M^a José Sánchez Conde