



Escuela de Trabajo Social del Estado “Profra. y T.S. Guadalupe Sánchez de Araiza”



Nombre del Proyecto

“TRABAJO SOCIAL CERCA DE TÍ”

Institución

Centro Comunitario de Investigación en Salud de la FEN UACH (C.C.I.S.).

Población Objetivo (directa e indirecta)

De manera directa se trabaja con usuarios y grupos vulnerables de las comunidades Paso del Norte y Barrio del Norte.

Diseñado por: Zulem Guadalupe Razo Talamantes.

Tutora: L.T.S. Flor Selene Montoya Molina.

Supervisora: L.T.S. Ma. Angélica Álvarez Rivas

FUNDAMENTACIÓN

El Centro Comunitario de Investigación en Salud (C.C.I.S.), es una institución que atiende a 10 colonias y a población abierta, con un nivel económico medio-bajo y bajo, identificando las necesidades y problemáticas de la sociedad, como abandono del adulto mayor, adicciones, mujeres embarazadas que también consumen drogas, detección de cáncer de mama, infecciones de transmisión sexual, etc., considerando además que este sector está establecida a una zona marginada. Estos datos se obtuvieron del resultado de la Matriz FODA, jerarquizando los principales problemas que se adquirieron a través del estudio investigación documental, la observación, diagnóstico y análisis institucional, en el que participaron integrantes del equipo multidisciplinario, con un periodo de 1 año y medio (Febrero 2011 – junio 2012).

El C.C.I.S. acorde a sus Lineamientos del Sector Salud 2002 – 2012, pretende atender de manera integral las necesidades de salud de la población, a fin de lograr el bienestar físico social y mental, el Modelo de Atención Integral de Salud, tomando como eje central las necesidades de las personas en el contexto de la familia y de la comunidad, antes que a los

daños o enfermedades específicas, acciones dirigidas al individuo, a su familia y a su comunidad desarrollada en corresponsabilidad por el sector salud, la sociedad y otros sectores, para la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación, con la finalidad de mejorar el estado de salud para el desarrollo sostenible.

Conforme al Programa Nacional de Salud 2007-2012, menciona que las funciones principales de los sistemas de salud es prestar el servicio de salud. Estos servicios, ya sean personales o comunitarios, deben ser efectivos y proveerse atendiendo las expectativas de los usuarios.

Los cambios que han producido en el patrón de daño a la salud de debe, en una buena medida de desarrollo de riesgos relacionados con el estilo de vida poco saludable.

Dentro de los riesgos relacionados con el estilo de vida poco saludable destacan el sobrepeso y la obesidad, la hipertensión arterial, el tabaquismo, el consumo de drogas ilegales, la violencia doméstica, las prácticas sexuales inseguras y la inseguridad vial.

La intervención del trabajador social consiste en concientizar y orientar al beneficiario, para que sea autosuficiente mejorando sus condiciones de vida, llevando un control de su salud individual, grupal y comunal, promoviendo y fomentando la participación del mismo en los programas de salud social.

Conforme a un diagnóstico de las colonias que atiende esta institución, ésta propuesta de intervención parte de las necesidades del individuo para su atención y canalización a diferentes instituciones específicas al problema, llevando un control del seguimiento así como avances y medición de resultados para el usuario, integrando la participación del equipo multidisciplinario para el fortalecimiento del paciente.

También se retomarán casos de historia de vida de las personas involucrada en este trabajo.

Es importante estar dando un seguimiento constante, una buena comunicación, conocer al sujeto, su contexto, familia, grupo de compañía (amistades), trabajo, etc.

Se retomaran como grupo focal 10 casos con los problemas antes mencionados para la implementación del proyecto, con el propósito de intervenir, conocer su vida real, su contexto, etc.

ÁRBOL DE PROBLEMAS

Causas:

➤ Población detectada con un nivel económico medio-bajo y bajo.	➤ Población con conocimiento limitado acerca de las medidas de prevención y atención para la salud integral del individuo.
➤ Abandono familiar.	➤ El equipo multidisciplinario no realiza un seguimiento constante hacia los pacientes con problemas.
➤ Abandono y desatención del núcleo familiar al individuo con problemas.	➤ Carencia de estrategias para la atención de grupos vulnerables.
➤ Pandillerismo y delincuencia en las colonias del sector.	➤ Limitación de vínculo con Instituciones Gubernamentales.

Problema

Falta de seguimiento constante a los usuarios con problemas precarias entre otros, considerando además la limitación apoyo de los médicos generales del C.C.I.S. para la atención del paciente.

Consecuencias- Efectos:

➤ La mayoría de la población cuenta con bajo nivel educativo y no tiene un empleo formal.	➤ Embarazos precoz y/o con adicción en la mujer.
➤ Abandono del adulto mayor.	➤ Falta de continuidad y control del estado de salud en el tratamiento hacia el paciente con la problemática.
➤ Baja autoestima por la descomposición del tejido socio-familiar.	➤ Insuficiente apoyo gubernamental para el Centro Comunitario como para el beneficiario.
➤ Individuo consumidor de drogas	

MATRIZ DE MARCO LÓGICO

Objetivo General

Promover la participación multidisciplinaria para la atención de los usuarios del C.C.I.S. que presentan problemas sociales, psicológicos, económicos, entre otros, brindando un seguimiento de casos adecuado donde se involucre al individuo, familia y comunidad para mejorar sus condiciones de vida.

Objetivos Específicos	Metas	Actividades	Indicadores	Fuentes de Verificación	Supuestos
Elaborar un diagnóstico del usuario con participación del equipo multidisciplinario, analizando el grupo vulnerable para así establecer los enfoques de las diferentes disciplinas.	Organizar 2 reuniones por mes para analizar los 10 casos, en conjunto con el equipo multidisciplinario, para el desarrollo de la bitácora de visitas y seguimiento.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Realizar visitas domiciliarias. ✓ Elaborar de instrumentos para obtener información del beneficiario. ✓ Seguimiento constante al beneficiario. ✓ Realizar una bitácora de visitas para llevar el control del usuario. ✓ Organizar reuniones con el equipo multidisciplinario. 	Número de pacientes con diagnóstico integrado.	<ul style="list-style-type: none"> • Bitácora de visitas. • Expediente de seguimiento de caso social. 	Resistencia del beneficiario para brindar información personal y familiar.
Seguimiento a los casos inscritos a través de la gestión y canalización a instituciones que le apoyen en la disminución o resolución de la problemática presentada.	Afiliar al 60 % de los casos en un lapso de 5 meses a instituciones que apoyen al usuario.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Elaborar un directorio institucional. ✓ Contactar Instituciones las cuales puedan ayudar al usuario en su problema. ✓ Canalizar al usuario a 	<p>Número de instituciones que colaboraron en la atención del beneficiario.</p> <p>Numero de instituciones que aceptaron brindar</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Directorio institucional. • Bitácora de visitas. • Oficios respondidos y aceptados por la institución 	Cambio de administración intra institucional, en el cual pueda disminuir el estímulo y apoyo al beneficiario.

		<p>diferentes instituciones.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Asesorar al beneficiario sobre la atención que se le brindara en dicha institución. ✓ Gestionar apoyos para las personas con un nivel económico muy bajo. ✓ Seguimiento de los casos para analizar los progresos de la persona. 	<p>atención al usuario.</p> <p>Numero de instituciones que culminaron el tratamiento al usuario.</p>		
<p>Evaluación continúa de los casos atendidos, con la participación del equipo multidisciplinario, analizando las estrategias implementadas para el beneficio del paciente.</p>	<p>Analizar el 100% para conocer el avance de su tratamiento y de ser necesario replantearlo y/o dar de alta al paciente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Orientación al usuario. ✓ Coordinación en conjunto con el equipo multidisciplinario. ✓ Evaluación del grupo focal. ✓ Socialización con el paciente en base al análisis desarrollado por el equipo de trabajo. 	<p>Número de tratamientos concluidos y/o exitosos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Expediente de seguimiento de caso. 	<p>Resistencia de apoyo del equipo de trabajo para la continuidad del proyecto que se implementará a partir de Enero del 2012.</p>