



UNIVERSIDAD DE JAÉN
Facultad de Trabajo Social

Trabajo Fin de Grado

**“ESTUDIO CUALITATIVO DE LA ALIMENTACIÓN,
EN UNA POBLACIÓN DE USUARIOS DE UN
PROGRAMA DE INTERVENCIÓN DE SERVICIOS
SOCIALES COMUNITARIOS DE JAÉN”**

Alumno/a: M^a del Carmen Joyanes Alabarce

Tutor/a: Alfonso Marquina Márquez

Dpto: Psicología

Junio, 2018



Quiero agradecer a todos los que me han animado y apoyado en esta aventura, aunque nunca acaba el proceso, si se van superando etapas y objetivos, a los compañeros de trabajo, tan condescendientes conmigo, gracias por creer en mí.

Quiero agradecer a esos que se han empeñado en ponerme zancadillas en el camino, me han hecho más fuerte y han acrecentado las ganas por seguir.

Agradecer a los compañeros y docentes que me han enseñado tanto, no solo en conocimientos académicos, sino de la vida, ha sido una etapa inolvidable, y siempre estaréis en mí, de una forma u otra, en un gesto o una palabra.

Pero mi mayor agradecimiento es para mí “pepito grillo”, gracias por estar ahí, animarme, apoyarme, por no dejarme abandonar y a mi gran y mejor amigo, juntos empezamos esta aventura, y aunque ya no estás físicamente, siempre estarás en mí.



RESUMEN

Este documento, trata de un estudio realizado sobre el tipo de creencias, conocimientos y actitudes, que tienen la población usuaria del Programa de Intervención Familiar, de los Centros de Servicios Sociales Comunitarios de Jaén y que permiten racionalizar sus hábitos de alimentación, su estilo de vida saludable en cuanto al ejercicio físico, como influyen en la vida y como están influenciados socialmente por su situación de exclusión social, el uso de las prestaciones concedidas.

Identificar el modelo de alimentación que mantienen la población usuaria y el papel de las prestaciones concedidas en los Programas de Intervención Familiar, además de estudiar la situación de exclusión social que sufren los usuarios con respecto a las consecuencias de su alimentación y situación física y analizar la normalización y aceptación de la situación de malos hábitos saludables con la justificación de enfermedades derivadas de una mala alimentación y sedentarismo.

PALABRAS CLAVE:

Vida saludable, exclusión social, prestaciones, hábitos, salud, alimentación



INDICE

1. Introducción	2
1.1 Antecedentes.	2
1.2. Planteamiento del problema.	3
2. Marco teórico	4
2.1 Promoción en Salud	5
2.2 Equidad en salud	8
2.3 Estilos de vida saludables	10
2.4 Legislación	12
3. Pregunta de investigación.	13
4. Objetivos.....	14
4.1 Objetivo general.....	14
4.2 Objetivos específicos:.....	14
5. Metodología	14
5.1 Diseño	15
5.2 Ámbito y participantes	15
5.3 Técnicas de recogida de datos	16
5.4 Análisis de los datos	17
6. Resultados.....	20
6.1 Actividad Física.....	20
6.2. Vida Saludable	21
6.3. Uso de las prestaciones.	24
7. Discusión y conclusiones	25
8. Propuesta de un estudio de intervención: Proyecto “Cuídate”	26
9. Bibliografía	29



10. Anexos.....	31
10.1 Anexo 1: Consentimiento expreso del usuario. Para el tratamiento de	31
10.2. Anexo 2: Autorización Administrativa	32
10.3 Anexo 3. Ficha de la muestra.....	33
10.4 Anexo 4. Ficha de control de compra mensual.	34
10.5 Anexo 5. Ficha de menú semanal	35



1. Introducción

A lo largo del tiempo, se ha considerado la obesidad como un problema, solamente estético, pero hoy el enfoque del problema ha cambiado, considerando la obesidad como una enfermedad crónica, originada por muchos factores y con un alto riesgo para la salud.

La OMS, desde 1997, trata de alarmar sobre la obesidad, sobre el hecho de convertirse en una pandemia, con un gran número de afectados. Por este motivo se le denomina “la epidemia del S. XXI”, debido a su expansión.

Actualmente, la obesidad es una enfermedad que afecta a todos los países, principalmente a los desarrollados y a los que están en vías de desarrollo, produciéndose en todos los grupos de edad y con un alto riesgo para la salud, debido a su gravedad y extensión entre la población, ya que existe un alto número de patologías asociadas a la obesidad. Por tal motivo podemos decir, que la obesidad constituye uno de los problemas de salud pública más importantes del siglo XXI, y cuya prevalencia está aumentando, teniendo sin dudas, consecuencias muy graves, para la salud, afectando también al ámbito social.

1.1 Antecedentes.

Según la OMS, la evolución de la obesidad, ha sido alarmante en las últimas décadas, llegando a considerarse como “Epidemia Mundial” (OMS 2014).

Los cambios en el estilo de vida, han favorecido el sedentarismo y la alimentación inadecuada, siendo España un país que exporta la visión de una “dieta mediterránea” como la más sana, se contradice en su actitud, con un patrón alimentario caracterizado por un alto consumo de azúcares refinados y grasas saturada.

¹En España, la comunidad con mayor índice de obesidad es Asturias, donde una cuarta parte de la población es obesa, a esta le siguen, Galicia y Andalucía. Según la publicación de un estudio en la Revista Española de Cardiología, las comunidades con menor índice de obesidad, son Baleares con un 10,5% de obesos, seguida por Cataluña y el País Vasco.

Pero la prevalencia media de la obesidad en todo el país, es del 21,6% y el sobrepeso, casi el doble, el 39,3%, aunque a nivel europeo, España se sitúa entre los bosnios con un 17,9% de obesos y los turcos con un 32,1%, según el mapa elaborado por el canal History

¹ efe.com/efe/espana/sociedad/hay-mas-obesos-en-asturias-galicia-y-andalucia/10004-2919145



Nutshell a partir de los datos del anuario de la CIA, situando a España, en el numero 62 a nivel mundial.

La primera Encuesta Nacional de Salud (ENS), se realizó en 2003, arrojando el dato, que el 61% de la población tenía sobrepeso, sin inferir en el grado, obesidad u obesos mórbidos, posteriormente, según la Encuesta Nacional de Salud (ENS) de 2016-2017, el 74% de la población tiene sobrepeso, de los cuales, el 3,2% tienen obesidad mórbida.

Según, Fernando Vio, investigador del Instituto de Nutrición y Alimentos (Inta) de la Universidad de Chile, el dato más impresionante, es el incremento de la obesidad mórbida, ya que este problema genera incapacidades aún más graves, que las que presenta la obesidad, generando una carga significativa en cuanto a enfermedades.

1.2. Planteamiento del problema.

La importancia de la obesidad relacionada con los estilos de vida es un problema global, por lo que es necesaria la intervención para combatir este problema de salud. Pese a ser un problema global que afecta en todos los ámbitos de la vida, las políticas públicas planteadas no lo ven tan importante como para incluirlo, aunque se podría combinar con políticas públicas transversales, para que los consumos de la población, sean más sanos y tengan una mayor repercusión en sus vidas.

Hasta ahora, las estrategias para hacer frente a la obesidad están mal articuladas ya que se han mostrado poco eficaces. Si el propósito es una alimentación saludable, hay que identificar las causas y las consecuencias del porqué de los cambios de estilo de vida de la población, del porqué de las prácticas nocivas para la salud y de cómo afecta socialmente la obesidad.

Las autoridades sanitarias advierten a la población obesa que si no modifican sus hábitos alimentarios y sedentarios, su futuro se verá complicado ya que padecerán graves enfermedades, como hipertensión, diabetes o enfermedades cardio-vasculares.

Las administraciones o instituciones responsables, hasta ahora solo han hecho el énfasis en la educación nutricional, algo insuficiente, ya que solo proporciona información sobre una dieta equilibrada.



Numerosos estudios² ponen de manifiesto que la salud no es el único motivo para un cambio alimentario, hay que tener en cuenta otras consideraciones o circunstancias también importantes, relacionadas con las necesidades más inmediatas y cotidianas, suponiendo el fracaso de cualquier campaña preventiva.

Tras años de relación institucional con los usuarios de los Centros Municipales de Servicios Sociales de Jaén, he podido observar la actitud que mantiene la población de usuarios, con acceso a Programas de Intervención Familiar, en referencia a los hábitos, creencias, actitudes ante hábitos saludables y físicos, sin tener en cuenta la posibilidad de padecer enfermedades derivadas de la obesidad provocada por los malos hábitos, además de la ineptitud y mal uso de los recursos concedidos y accesibles para la población usuaria de los Centros Municipales de Servicios Sociales e incluidos en el Programa de Intervención Familiar.

Por lo anteriormente expuesto, se justifica el estudio realizado, ya que el estilo de vida de la muestra, ha favorecido el sedentarismo y la alimentación inadecuada, siendo víctimas debido a las consecuencias acarreadas, son enfermos cardio-vasculares, de diabetes, hipertensos, con problemas articulares, agravando los problemas psicosociales que arrastra la obesidad, situación evitable con la adecuada información y asesoramiento, además de reeducar grupalmente entre iguales.

2. Marco teórico

El aumento de población con obesidad en nuestro país, se ha declarado como una alerta sanitaria, ya que el exceso de peso se considera una epidemia, pero lo más alarmante es la predisposición de esta población a padecer enfermedades como diabetes, hipertensión, enfermedades cardíacas e incluso cáncer, pudiendo resultar fatales si no se atienden.

² Encuesta andaluza de salud de adultos del año 2011 (EAS_2011-2012)

Encuesta andaluza de salud de menores del año 2011 (EAS_2011-2012)

Encuestas andaluzas de salud de los años 1999, 2003 Y 2007



La obesidad es una condición muy compleja en la que intervienen factores genéticos, hábitos, emociones y circunstancias personales, así como condiciones medioambientales, sociales, económicas y culturales, siendo necesario abordarlos de forma amplia y seriamente

“La prevalencia de obesidad en población adulta en España (21,6%) se sitúa en tasas inferiores a las estimadas en Estados Unidos (35,1%), aunque las más altas se sitúan en países de Oriente Medio y Golfo Pérsico (37,38%)” (Estudio ENPE 2016).

Para hacer frente a esta emergencia sanitaria es necesario implementar estrategias de prevención a toda la población en general. Además de acciones más específicas al sector de población que ya padece estas enfermedades, esto supone un gran reto para la salud pública, estudiando las formas de acceder a la población diana mediante planes, programas y proyectos específicos.

2.1 Promoción en Salud

Es un proceso que confiere a la población los medios de asegurar un mayor control sobre su propia salud y mejorarla (carta de Ottawa 1986), una estrategia dirigida al logro de un avance integral en la calidad de vida concebida, cada vez en mayor grado, como la suma de las acciones de la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y otros sectores sociales y productivos, encaminados al desarrollo de mejores condiciones de salud individual y colectiva.

Dentro de la promoción para la salud, surgen oportunidades de aprendizaje en el ámbito de la educación, mejorando el conocimiento de la población, su desarrollo de habilidades sociales y personales, encaminadas a mejorar su salud, además de tener como finalidad, responsabilizar al individuo de su estado de salud, derivado de sus malos hábitos, provocando así una reacción-acción de defensa de su salud y de la salud de su entorno. (Estrategia de promoción de la salud y prevención en el SNS)³.

³ Estrategia de promoción de la salud y prevención en el SNS En el marco del abordaje de la cronicidad en el SNS Estrategia aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el 18 de diciembre de 2013 INFORMES, ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN 2014 MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD



La promoción de la salud compone un paso más en el proceso de atención integral, en la prevención primaria, secundaria y terciaria, la asistencia primaria y especializada, la aceptación social a un problema crónico en cuanto a rehabilitación, cuidados e integración social y la promoción de la salud atendiendo a la implicación de los individuos en el desarrollo de su salud.

La educación de la salud es un elemento transversal que afecta a todos los niveles de la atención integral, por lo que lo definimos, como un instrumento para la adaptación social, la prevención, la promoción y la asistencia, imprescindible para una eficaz respuesta ante los problemas de salud y sociales, considerando así a la educación para la salud, como instrumento metodológico necesario para la promoción de la salud. (Educación-salud-y-TIC_Libro_Eduhe2016)

Dentro del contexto legislativo español, las referencias a educación y promoción de salud, son claras, como así reconoce la Constitución Española en el artículo 43, como un derecho la protección de la salud y establece que los poderes públicos serán los encargados de fomentar la educación sanitaria.

La Ley 14/86 General de Sanidad, en el artículo 6º, declara que las Administraciones Públicas sanitarias actuarán orientadas “A la promoción de la salud y a promover el interés individual, familiar y social por la salud mediante la adecuada educación sanitaria de la población”.

La LOGSE, en el artículo 2º establece, que la actividad educativa estará dirigida a “la formación personalizada, que propicie una educación integral en conocimientos, destrezas y valores morales de los alumnos en todos los ámbitos de la vida, personal, familiar, social y profesional”. Esta también incluye en los artículos 12º, 15º y 22º. como objetivos de salud determinar las capacidades que se han de desarrollaren Educación Infantil, Primaria y Secundaria Obligatoria.

En cuanto a La Ley de Prevención de Riesgos Laborales 31/95 de 8 de noviembre, que traslada al Derecho español, la Directiva 89/391/CEE del Consejo, de 12 de junio de 1989, relativa a la aplicación de medidas para la promoción de la mejora de la seguridad y de la



salud de los trabajadores, establece un marco de promoción de salud en el trabajo y en su artículo 2º define los objetivos de la política de prevención de riesgos laborales, dirigidos a mejorar las condiciones de trabajo y así mejorar la seguridad y salud de los trabajadores con normas reglamentarias y educación en el factor preventivo.

La promoción y educación para la salud, es una necesidad y han de responder coherentemente a las diferentes necesidades planteadas en nuestras sociedades desarrolladas, abordándolas en tres áreas de intervención prioritarias, como son: problemas de salud, equidad en salud y estilos de vida saludables, condicionando éstas a los objetivos y planteamientos de la formación, ya que es necesario conocimientos, actitudes y habilidades suficientes para comprender y abordar las necesidades en salud y en los factores relacionados. De este modo se garantiza la equidad, se mejora la salud en transiciones vitales, se previene y controla tanto enfermedades como accidentes, se desarrollan estrategias de salud intersectoriales, se orienta al sector sanitario en las actuaciones y se establecen políticas que promuevan el cambio.

Los profesionales, representan un papel primordial en la promoción y educación para la salud, desarrollando un rol educativo para poder analizar necesidades, definir objetivos comunes, seleccionar las estrategias idóneas y realizar el seguimiento y evaluación los procesos, todo desde una perspectiva psicosocial y positivista, lo que facilitara el trabajo en equipo al desarrollar iniciativas de promoción, reconociendo la necesidad de intervención de multiprofesionales. Han de desarrollar capacidades comunicativas con otros profesionales, con la comunidad con la que trabaja y con directivos de su institución, además de ser negociadores y estrategas natos, para decidir conjuntamente, implicando y colaborando junto con los colectivos implicados e interesados.

A finales del xx, la estructura y organización familiar han sufrido aceleradamente transformaciones importantes, añadiéndose los jóvenes y los adultos mayores a los grupos que tradicionalmente eran objeto de atención preferente, infancia y ancianidad, constituyéndose un marco cambiante importante y rápido en los problemas de salud y en las causas de morbilidad, llegando a registrar datos epidemiológicos.



De estos se obtiene un perfil que pueden afectar a cambios importantes de problemas y situaciones concernientes con la salud y que adquieren la condición de prevalentes, generando una gran preocupación social.

Muchos de estos problemas, su origen se encuentra en factores sociales provocadores de desigualdades bien por razón de género o nivel socioeconómico, exigiendo una intervención integral para la prevención en cuanto a los hábitos y la promoción de la calidad de vida.

2.2 Equidad en salud

Las definiciones⁴ que encontramos en los diccionarios sobre “equidad” son uniformes: “justicia de acuerdo a la ley o derecho natural”, “igualdad de la distribución”, “inmunidad a prejuicios o favoritismo”, o “el estado ideal o calidad de ser justo, imparcial y correcto”, deduciendo lo que es importante en la definición “igualdad” y “equidad” son conceptos que frecuentemente se confunden, aunque estos tienen significados diferentes y muy distintos (OPS/OMS 1999).

Resumidamente “igualdad” es uniformidad, y “equidad” es imparcialidad, ya que ante una determinada situación puede ser “no equitativo”, o bien puede ser “exactamente equitativo”, justificando éticamente por qué una distribución compone una inequidad.

Dentro de la “Equidad”, hemos de diferenciar entre equidad vertical y equidad horizontal, requiriendo distinciones entre las distribuciones adecuadas iguales y desiguales, entre la equidad horizontal y la equidad vertical, posibilitando ambas la construcción de un “tratamiento equilibrado” según situación.

La equidad paralelamente pretende que los casos oportunos y análogos sean tratados de manera similar, y los casos desiguales y oportunos sean tratados de manera diferente, surgiendo la controversia en el diseño de similitud y pertinencia:

En cuanto a “Equidad horizontal” se refiere a la concesión de recursos iguales o equivalentes para la misma necesidad y en la “Equidad vertical”, la aprobación de diferentes recursos para desiguales niveles de necesidad. Estos conceptos de la equidad

⁴ Principios y conceptos básicos de equidad y salud División de Salud y Desarrollo Humano OPS/OMS Octubre, 1999



tienen implicaciones políticas excepcionalmente desiguales y no se pueden aplicar a los problemas aleatoriamente, han de apelar a algún principio del problema que justifique la elección. Podría concertar con la equidad horizontal en base a que todos necesitan atención en el ámbito de salud en algún momento de su vida. En cambio, los programas dirigidos a los más desfavorecidos, coincidirían con la equidad vertical.

En cuanto a la equidad⁵ en el acceso a los servicios de atención de salud, se centra en la necesidad. Según define Aday et al. (2008) definen la ‘distribución equitativa’ en los servicios de atención de salud como: “la enfermedad, como la define el paciente y su familia o los profesionales, es el principal determinante de la asignación de los recursos”, siendo estos bienes especiales con un valor social propio y no han de distribuirse únicamente atendiendo a las reglas de mercado y capacidad de compra según los recursos económicos, pero este enfoque es insuficiente para la reducción de disparidades en salud y el acceso a ésta de grupos desfavorecidos.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) mantiene que comúnmente se confunden los términos de igualdad-equidad-desigualdad-inequidad, sosteniendo que igualdad es uniformidad y equidad es imparcialidad, ya que ante una determinada situación, “igual” puede ser no equitativo y “desigual” puede ser equitativo, siendo necesaria una justificación ética del porqué esta distribución constituye una inequidad. La OPS define desigualdad e inequidad, la equidad como valor es la “lucha por la imparcialidad y la justicia mediante la eliminación de las diferencias que son evitables e innecesarias” (OPS 2008).

Si se amplía el concepto de equidad de salud incluyendo las discrepancias en los resultados de salud, se precisa medir la situación de salud directamente, además de incorporar análisis de acceso a otros servicios básicos, incluyendo el grado de satisfacción de necesidades básicas, enfocando los resultados de salud hacia el reconocimiento de que la gente no se enferma aleatoriamente, sino con relación a sus estilos de vida, trabajo, ambiente, político y social.

⁵ . Whitehead M. The Concept and Principles of Equity and Health. International Journal of Health Services. 1992;22:429-45



Este concepto al ser más amplio, resultar acertado al considerar una mejora de la situación de salud en cuanto al desarrollo humano.

2.3 Estilos de vida saludables

A principios del siglo XX, Alfred Adl muestra una orientación personalista representada por la Psicología Individual, propiciando el desplazamiento de elementos socioeconómicos a elementos individuales, en los estilos de vida, por lo que desde esta filosofía, la definición de estilo de vida es un patrón único de hábitos y conductas para que el individuo se sienta bien.

También en Antropología, Chrisman (2014), Freidson (2014), introducen este término para distinguir el nivel de actividades en la que un grupo se involucra, enfatizando así la importancia de la cultura. Sin embargo, durante la segunda mitad del siglo XX, en el ámbito en el que ha tenido más impacto ha sido en el de salud, utilizándose ya en los años cincuenta, para dar explicación a los problemas de salud que caracterizaban grupos concretos de la población.

Los estudios tales, como el “Estudio Aladino de Vigilancia del Crecimiento, Alimentación, Actividad Física, Desarrollo Infantil y Obesidad en España, de noviembre de 2016”, surgen con la prevención de enfermedades cardiovasculares, apuntando como factores de riesgo diferentes hábitos como: consumo de tabaco y alcohol, ejercicio físico y malos hábitos de alimentación.

La Organización Mundial de la Salud (OMS 2004) define la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social”, esto supone, que el concepto de estilo de vida, no depende una enfermedad u otra, si no de la existencia y aumento de casos de estas, por lo que habría que hablar de estilos de vida saludable, enmarcando en ésta además, la actividad física y la influencia social.

Pudiendo determinar que los hábitos de llevar una vida saludable son:

Dieta equilibrada: en la que la alimentación sana incluye los alimentos contemplados en la pirámide nutricional, en cantidad suficiente y proporciones adecuadas para el mantenimiento de las necesidades nutricionales del organismo según su consumo energético. Malos hábitos o hábitos tóxicos: como son el



consumo de tabaco, alcohol y drogas, los cuales inciden de negativamente en la salud.

Ejercicio físico: las recomendaciones generales de los profesionales del deporte, son las de realizar mínimo 30 minutos diarios de actividad física, lo que permite quemar el exceso de calorías y fortalecer músculos, ayudando además en el control de la tensión arterial, el colesterol y los niveles de glucosa en sangre, eliminando estrés y contribuyendo a un estado de relajación que facilite un mejor descanso, mejorando la autoestima y como medio para desarrollar una actividad y relación social al realizar el ejercicio en compañía.

Higiene: una higiene apropiada evita muchos problemas de salud, como infecciones, problemas dentales o dermatológicos, no solo refiriéndose al aseo y limpieza personal y del entorno. Productos tóxicos: el organismo se encuentra expuesto de forma puntual o continua a productos que suponen un serio riesgo para la salud, considerándose también como tal, la contaminación ambiental de las ciudades, como uno de los más importantes para la salud.

Equilibrio mental: el estado de bienestar emocional y psicológico, es muy necesario para desarrollar y mantener capacidades cognitivas, relaciones sociales y afrontar los retos personales y profesionales, de la vida diaria, tomando el estrés, la ansiedad, la irascibilidad y el cansancio, como indicadores de un estado mental no del todo saludable.

Actividad social: las relaciones sociales son primordiales para la salud del individuo y para un envejecimiento saludable, por lo que un aislamiento social produciría un deterioro gradual e irreversible de las capacidades mentales y físicas.

Los estilos de vida saludable forma parte de una disposición en materia de salud, una estrategia global enmarcada en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades.

Según la OMS en 2004, debido a los resultados negativos de la primera Encuesta Nacional de Salud, generó una declaración para mejorar los factores de riesgo de alimentación poco saludable y sedentarismo.



El estilo de vida sano o poco saludable está determinado por la presencia de factores de riesgo y de protección para el bienestar, por lo que han de ser vistos como proceso dinámico, el cual además de estar compuesto por comportamientos y acciones individuales, también la naturaleza social les influye, y debido a que son considerados elementos condicionantes y determinantes del estado de salud del individuo.

La Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud considera los estilos de vida saludables:

“como componentes importantes de intervención para promover la salud. La salud se crea y se vive en el marco de la vida cotidiana, en los centros de enseñanza, de trabajo y de recreo. La salud es el resultado de los cuidados que uno se dispensa a sí mismo y a los demás, de la capacidad de tomar decisiones y controlar la vida propia y de asegurar que la sociedad en que uno vive ofrezca a todos sus miembros la posibilidad de gozar de un buen estado de salud.” (21 de noviembre de 1986).

2.4 Legislación

La Constitución Española, en el apartado 1y 2 del artículo 43, reconoce el derecho a la protección de la salud y establece la competencia de esta protección, a los poderes públicos, así como organizar y tutelar la salud pública con medidas preventivas, prestaciones y servicios necesarios.

Igualmente, en el artículo 149.1.16^a, atribuye al Estado la competencia exclusiva en materia de bases y coordinación general de la sanidad, posibilitando que las Comunidades Autónomas, asuman competencias en sanidad, conforme a lo establecido en el artículo 148.1.21^a.

El Estatuto de Autonomía para Andalucía, en el artículo 55.2, establece que es la Comunidad Autónoma de Andalucía, la que comparte en materia de sanidad interior y, en la ordenación y ejecución de las medidas para preservar, proteger y promover la salud pública en todos los ámbitos.

También, el Estatuto de Autonomía para Andalucía, reconoce en el artículo 10.3.14^o, y como parte de los objetivos básicos de la Comunidad Autónoma, el que esta ejercerá sus poderes con el fin de lograr la cohesión social, con un eficaz sistema de bienestar público, atendiendo especialmente a los colectivos y zonas más desfavorecidos social y



económicamente, facilitando su integración social, favoreciendo así la superación de la exclusión social.

La Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía y la Ley 16/2011, de 23 de diciembre, de Salud Pública de Andalucía, en el desarrollo de competencias, contemplan como un objetivo de bienestar social la salud, cuyo cometido es el de contribuir a generar las condiciones de vida más favorecedoras socialmente, para la salud de la población, mediante la promoción de actitudes, conductas y estilos de vida más saludables, además de la protección ante amenazas y riesgos de enfermedades.

La Ley 17/2011, de 5 de julio, el artículo 1.2, la Ley determina entre sus fines las bases para la coordinación, planificación y desarrollo de actuaciones y estrategias y que promuevan la educación, información y promoción de la salud en la alimentación y prevención de la obesidad.

Ley 5/2016, de 19 de julio, del Deporte de Andalucía, tiene como principios rectores, “La promoción de las condiciones que favorezcan el desarrollo general del deporte, con atención preferente a las actividades físico-deportivas dirigidas a la ocupación del tiempo libre, al objeto de desarrollar la práctica continuada del deporte con carácter recreativo y lúdico”, lo que genera una sinergia importante, complementando todos los aspectos relacionados con la actividad física en transporte activo y actividades que favorecen la relación con la obtención de alimentos saludables, procurando mayor eficacia en los objetivos compartidos.

3. Pregunta de investigación.

¿Qué tipo de creencias, conocimientos y actitudes, tienen la población usuaria del Programa de Intervención Familiar, de los Centros de Servicios Sociales de Jaén y seleccionada para el estudio, que permiten racionalizar sus hábitos de alimentación, su estilo de vida saludable en cuanto al ejercicio físico, como influyen en la vida y como están influenciados socialmente por su situación de exclusión social?



4. Objetivos

4.1 Objetivo general

El objetivo general de este estudio es conocer las creencias, conocimientos y actitudes, de la población seleccionada para el estudio, coleccionar sus hábitos de alimentación, su estilo de vida saludable en cuanto al ejercicio físico, como afectan sus costumbres en su entorno y como están influenciados socialmente por su situación de exclusión social-

4.2 Objetivos específicos:

- Identificar el modelo de alimentación que mantienen los usuarios y el papel de las prestaciones concedidas en los Programas de Intervención Familiar.
- Estudiar la situación de exclusión social que sufren los usuarios con respecto a su alimentación y situación física.
- Analizar la normalización y aceptación de la situación de malos hábitos saludables con la justificación de enfermedades derivadas de una mala alimentación y sedentarismo.

5. Metodología

Se ha realizado un estudio sobre el tipo de alimentación, el uso de las prestaciones concedidas y el estilo de vida que mantienen los individuos que acceden al Programa de Intervención Familiar, de los Centros Municipales de Servicios Sociales de Jaén, concretamente del Centro de Servicios Sociales de Bulevar, como inciden en su vida y como están influenciados socialmente por su situación de exclusión social.

Se han seleccionado un número de familias que son usuarios del Programa de Intervención Familiar, analizando y clasificando el expediente de las familias, con la autorización, asesoramiento y colaboración de la trabajadora social del centro, M^a del Mar Peña Almagro.

5.1 Diseño

El diseño de esta investigación, se caracteriza, por tener un enfoque cualitativo, con la finalidad de comprender e interpretar la realidad de la alimentación en las familias



seleccionas bajo unos ítems específicos y el uso de las prestaciones económicas y en especie, que hacen estas familias. La recopilación obtenida directamente de los usuarios, los cuales han sido entrevistados personalmente, además de estudiar sus expedientes y así poder analizar la realidad sin alterar las condiciones preexistentes de estas familias.

5.2 Ámbito y participantes

La realización del estudio se ha centrado en el Centro Municipal de Servicios Sociales Comunitarios de Bulevar, en Jaén. los usuarios del Programa de intervención Familiar y que tras los criterios empleados para seleccionarlos, se ha concentrado en la población que vive en el grupo de viviendas sociales, situado en la calle Miguel Castillejo 18, de Jaén, las cuales son propiedad de la Junta de Andalucía y gestionadas por el Patronato de Asuntos Sociales de Jaén. Para el reclutamiento de los participantes se ha contado con la colaboración de la trabajadora social M^a del Mar Peña Almagro de los Servicios Sociales Comunitarios de Bulevar.

Las técnicas empleadas para la selección de los usuarios para la recogida de datos se han basado en la realización de un análisis documental de los expedientes de los usuarios a nivel social y de salud. Por otro lado se ha contado con el asesoramiento de la trabajadora social, de donde se han obtenido datos relevantes sobre sus hábitos alimenticios, mediante el análisis y estudio tanto de su situación personal y familiar como de las justificaciones de empleabilidad de las prestaciones concedidas mediante el Programa de Intervención Familiar. Para ello se ha creado una ficha individual donde se han recogido los datos.

Los ítems por los que se han seleccionado a la población usuaria, para realizar el estudio, se han centrado en:

- Usuarios habituales del Centro Municipal de Servicios Sociales de Bulevar
- Familias monoparentales legalmente, pero que conviven con la pareja
- Tienen al menos dos hijos menores
- Viven en viviendas sociales de Patronato Municipal de Asuntos Sociales, en régimen de alquiler simbólico (Miguel Castillejo 18).
- Están en exclusión social



- Presenta obesidad media y/o mórbida entre sus miembros
- Salud precaria, debido a la obesidad y el sedentarismo.

El estudio se ha planteado en su comienzo, por la muestra, la selección de los usuarios, los cuales van a ser diana en el objetivo establecido, procediendo a su situación física y social, comenzando por la identificación del hábito de alimentación que mantienen estos usuarios, además de estudiar la influencia de su situación de exclusión social en estos hábitos y su predisposición a enfermedades comunes derivadas de la obesidad, sedentarismo y malos hábitos saludables.

Estudiar como emplean las prestaciones concedidas en los Programas de Intervención Familiar y su inferencia en la cotidianeidad, además de la aceptación como normal y habitual dentro de su entorno, de malos hábitos saludables con la justificación de la exclusión social.

5.3 Técnicas de recogida de datos

Una vez seleccionados los usuarios, previa autorización de estos, se han triangulado diferentes métodos en La recogida de datos, mediante diferentes técnicas cualitativas y cuantitativas (entrevistas, test, grabaciones en video, cuestionarios) relacionados con los resultados obtenidos en la investigación, lo que nos posibilita el contraste entre nuestras la intuición propia los análisis partiendo de las notas de campo y de las obtenidas en los diferentes análisis sobre otro tipo de datos.

Esto supone la implicación personal e interacción de los datos para este proyecto, además de realizar personalmente, la técnica usada y descrita:

- En primer lugar, la entrevista con la trabajadora social para concretar permisos, selección de familias y accesos a documentos.
- En segundo lugar, las entrevistas a los usuarios como las representantes de las familias partícipes.
- En tercer lugar, la observación realizada diariamente sobre las actitudes de estas familias en el entorno de trabajo, y



- finalmente, el análisis documental.

Como indico anteriormente, la primera estrategia metodológica, ha sido el planteamiento a la trabajadora social del Centro de Servicios Sociales Comunitarios de Bulevar, de las intenciones de esta investigación tras la observación diaria de las actitudes de las familias usuarias, posteriormente y con su asesoramiento, concretamos las familias que dentro de unos ítems marcados, son susceptibles de acceder al estudio planteado, obteniendo la autorización de estas para su implicación, basándonos en el orden de planificación de las técnicas en la definición de Arias (1999).

Se ha diseñado una técnica de recogida de datos cuantitativa, un guion de entrevista semiestructurada, dividida en 5 bloques y con un total de 40 preguntas, con diferentes respuestas:

- dos opciones (si/no),
- cinco opciones (poco/muy poco/suficiente/bastante/mucho),
- dos opciones (bien/mal),

Generada el guion de la entrevista mediante el programa informático, “PACE”, programa para el diseño de encuestas, el cual aprendimos a usar para estas cuestiones en la asignatura de “Investigación, Diagnostico y Evolución en Trabajo Social”, posteriormente realizarlas a los usuarios como las representantes de las familias partícipes, para ulteriormente evaluar los resultados y analizarlos. (Folgueiras, 2009).

5.4 Análisis de los datos

La investigación cualitativa paradójicamente se caracteriza por incluir en el estudio a pocas personas, pero de las que se obtiene mucha información (Alvarez-Gayou, 2005), incluye muchas fuentes y formas de datos, resultando la información de las observaciones, de las entrevistas y de medidas menos intrusivas, generando en esta ocasión, mucha información escrita debido a las transcripciones de las entrevistas individuales y grupales, de la observación y del análisis de los documentos (Álvarez-Gayou, 2005; Miles y Huberman, 1994).



Una característica de este tipo de investigación, es que se trabaja con palabras y no con números, algo que ocupa más espacio, aumentando progresivamente conforme va avanzando la investigación, ya que todo puede nos parece muy importante para analizar y extraer la información necesaria y precisa. Hay que tener en cuenta que es necesario procesar y ordenar los datos, requiriendo más del doble de tiempo para ello, ya que hablamos de textos, grabaciones de audio y video, de historias de vida.

La información se ha obtenido a través de documentos diversos, de las entrevistas realizadas, de los grupos de discusión, de las observaciones, todo ello capturado, transcrito y ordenado ya que está registrado electrónicamente de forma digital en el caso de las entrevistas y grupos de discusión, en el caso de las observaciones las notas tomadas por el investigador, y en los documentos estudiados, recolección en formato digital y en papel, fotocopiando y escaneando de los documentos originales.

La información obtenida se ha de transcribir en formato legible, codificando por categorías, conceptos, ideas y fases dentro del programa, además de identificar individualmente a los usuarios seleccionado, siguiendo un patrón numérico y de iniciales, como por ejemplo: el usuario seleccionado primero será “01-PCE” y así sucesivamente hasta nombrar los 10 usuarios, también usamos este recurso mnemónicos, para señalar partes del texto que queremos marcar para después ampliar o simplemente recordar.

Esta codificación, obliga a dividir las transcripciones en categorías, temas o conceptos, siendo más exhaustivo el análisis, en el examen y en la comparación. Como señala Álvarez-Gayou (2005), “una vez que la información ha sido recolectada, transcrita y ordenada la primera tarea consiste en intentar darle sentido”.

Las notas del trabajo de campo y las transcripciones, alcanzan un nivel alto de complejidad, suponiendo un gran reto el simplificar la información y encontrarle sentido, necesariamente se ha de utilizar algún tipo de codificación para desarrollar una clasificación manejable, ya que la codificación es el núcleo principal del análisis de textos.

Tras realizar las entrevistas, evaluar y analizar los resultados, se justifica y valora lo observado en el entorno de trabajo, en las actitudes de estos usuarios (Heinemann 2003), la observación participante, además de analizar los expedientes de estos, y así comprender su realidad social y justificar su actitud en cuanto a hábitos alimenticios.



El análisis de datos cualitativos nos desvela temas entre los datos recogidos, que nos aportan una mayor explicación, para esto el análisis ha de ser sistemático, ha de seguir una secuencia y un orden (Rubin y Rubin, 1995).

Para realizar este estudio, he seguido los siguientes pasos:

1. He obtenido la información mediante registro sistemático de notas de campo, del estudio de los expedientes familiares de la muestra, de la observación, de la realización de entrevistas y de grupos de discusión.
2. Transcribir y ordenar la información a través de diversos medios, grabación en audio y video y en papel, tanto las notas tomadas como las encuestas, todo esto transcrito y registrado de forma legible.
3. La codificación de la información, el proceso a través del que se concentra la información obtenida y se divide en categorías que agrupan las ideas, los conceptos y los pasos seguidos, lo que nos ha servido para identificar algunos temas específicos en las notas tomadas, mediante códigos fácilmente identificables y que han permitido extraer y agrupar partes de los textos fácilmente.
4. Para Integrar la información, he interrelacionado las categorías obtenidas en la codificación de la información, con los fundamentos teóricos del estudio, fragmentando las transcripciones en categorías por temas, conceptos y estados, relacionándolos entre sí, lo que me ha permitido elaborar una explicación totalizada. Para esto he seguido dos fases:
 - Análisis del material y comparativa dentro de la categoría correspondiente
 - Comparativa entre categorías, hasta encontrar los posibles vínculos.

6. Resultados

Tras el estudio realizado, según la información obtenida, analizada y comparada, hemos podido canalizarla hacia el tema intencional, como es el conocimiento de la situación en cuanto a hábitos saludables de un tipo de población determinado. Para ello se ha realizado diferentes actividades que nos han permitido manejar información clave, tanto sobre el



nivel de actividad física de este grupo, como del tipo de alimentación que mantienen, además de los motivos y creencias que estos mantienen para justificar sus hábitos.

También hemos de conocer otros aspectos que afectan a la condición del usuario, y que tienen un alto grado de influencia en su conducta. Para ello se ha realizado un análisis exhaustivo del expediente del usuario, extrapolando los datos relevantes, según afecten al usuario, según su situación social y su salud

Para la obtención de esta información directa del usuario, he organizado los resultados en dos secciones, una cuantitativamente, por la explotación de la información cuantitativa facilitada por los Servicios Sociales Comunitarios y la otra sección cualitativamente, con los datos obtenidos de las entrevistas, las grabaciones, la observación y el análisis de los expedientes familiares, estos últimos también proporcionados por Servicios Sociales Comunitarios.

El estudio realizado, en la parte cualitativa y para clarificar mejor la información obtenida, la he subdividido en dos partes, una corresponde a la actividad física y la otra a la vida saludable.

6.1 Actividad Física

La correspondiente a la actividad física, que a su vez se ha subdividido en dos partes, primero el tiempo que invierten en realizar actividades físicas, obteniendo información sobre las costumbres y hábitos de actividad física del usuario y de su familia nuclear, y segundo los beneficios de realizar una actividad física diaria. La información obtenida se enfoca hacia los conocimientos del usuario, sobre la importancia y los beneficios que aporta la realización constante y continuada de la actividad física. Los resultados obtenidos en esta parte, nos indican que existe un alto porcentaje de sedentarismo, un 90%, y el 10% restante, el ejercicio que realiza son desplazamientos, justificando para ello que carece de medios.

Tras analizar las entrevista en referencia al ámbito del ejercicio físico, no solo justifican su sedentarismo con la falta de tiempo y de medios, algo injustificable ya que existen espacio públicos gratuitos para realizar actividades físicas, y en cuanto al tiempo, se encuentran en exclusión social, carecen de actividad laboral, y la actividad familiar no es tan amplia



como para acaparar todo el día, pero ponen numerosas excusas para dedicar un mínimo tiempo a realizar cualquier actividad física, tales como:

“por la mañana de que dejo a los nenes en el cole y hago los mandaos, se me pasa la mañana y a la tarde está la novela y esa no me la pierdo que está muy emocionante, además bastante ejercicio hago ya con limpiar la casa”. Mujer, 28 años.

“es que de que dejo en el cole a los chaborres (hijos) y toa la mañana pa emplear, ni pa la comia tengo tiempo, cogemos a los chaborrillos y nos plantamos en el burriquin a jamamos las buguesas de un lebro, endispues no tienes ganas pa na porque estas destroza y claro hay que descansa”. Mujer, 27 años.

“yo les planto unos macarrones con tomate y sachichas y comen bien, endispues pa la merienda un bocaillo chope y pa la cena le planto una tortilla papas, ya pal día siguiente pongo un guisao de costillas pa chuparse los deos”. Mujer, 28 años

6.2. Vida Saludable

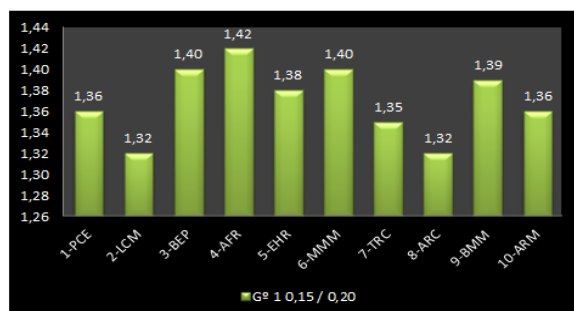
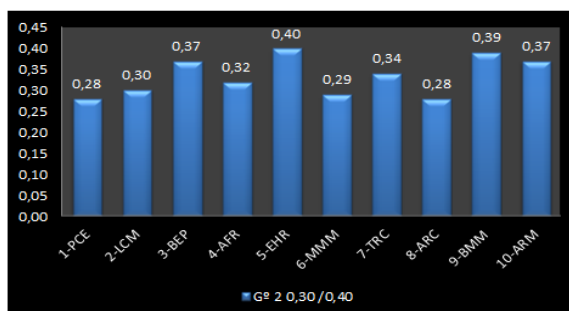
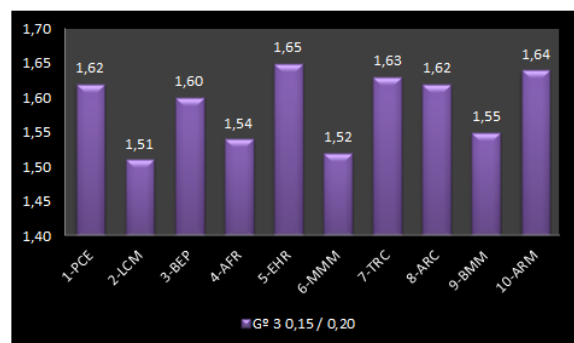
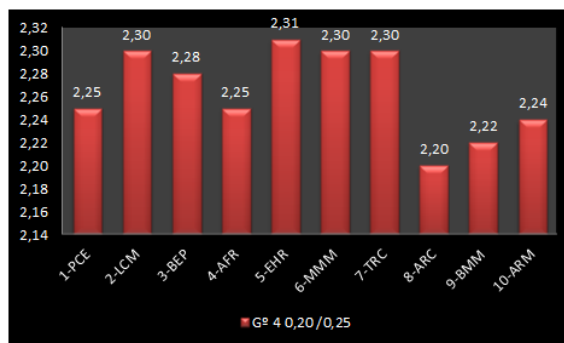
En cuanto a la parte de vida saludable, he pretendido conocer qué tipo de alimentación diaria y semanal, los conocimientos sobre alimentación, sus hábitos y sus trabas sociales para mantener una alimentación saludable, para esto he dividido en cinco partes la entrevista.

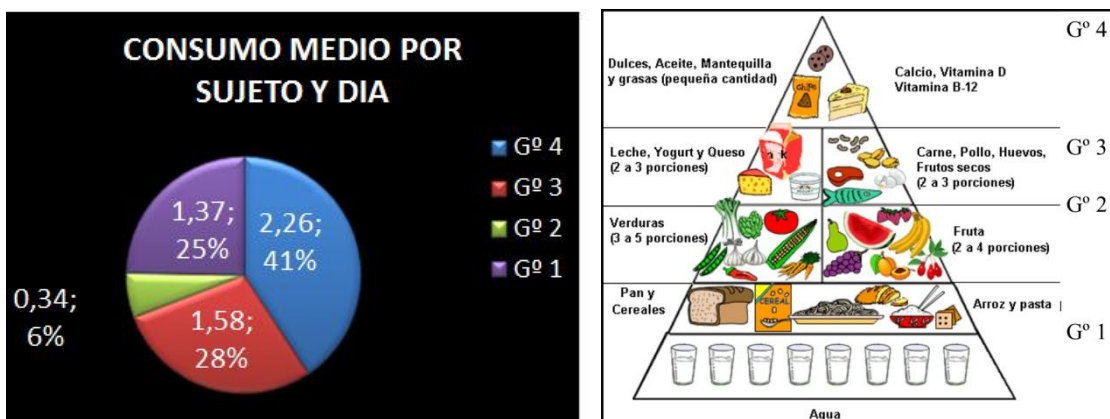
Los informes de salud de estos usuarios arrojan información sobre su situación precaria, todos se enmarcan dentro de algún grado de obesidad, y por consecuente en las enfermedades derivadas de esta, como son la diabetes, hipertensión, enfermedades cardiovasculares... todo esto además genera un gasto en materia de salud, no solo económico sino también en tiempo y esfuerzo de los profesionales.



Pero esta situación no solo está provocada por el sedentarismo, además influye el tipo de alimentación que mantienen estos usuarios, que si bien la información amplia y generalizada sobre una dieta saludable y entre esta se cataloga como la mejor, la dieta mediterránea, reflejándose en la pirámide nutricional, estos usuarios mantienen una dieta totalmente contraria, pese a las indicaciones que reciben en su Centro de Salud sobre su situación y los consejos sobre cómo mejorarla. Además tras el análisis de la información y de los datos de los expedientes en cuanto a la aplicación de las prestaciones concedidas en los Programas de intervención Familiar, claramente la pirámide alimenticia de estos usuarios es totalmente invertida, lo que significa, junto con el sedentarismo unos hábitos de vida totalmente insanos, contrario a la pretensión de las administraciones que generan Planes, Programas y Proyectos para intentar concienciar a esta sobre los beneficios para la salud.

CONSUMO DIARIO POR SUJETO Y GRUPO												
PIRAMIDE	RECOMENDACIÓN	1-PCE	2-LCM	3-BEP	4-AFR	5-EHR	6-MMM	7-TRC	8-ARC	9-BMM	10-ARM	CONSUMO MEDIO
G ^o 4	0,20 / 0,25	2,25	2,30	2,28	2,25	2,31	2,30	2,30	2,20	2,22	2,24	2,26
G ^o 3	0,15 / 0,20	1,62	1,51	1,60	1,54	1,65	1,52	1,63	1,62	1,55	1,64	1,58
G ^o 2	0,30 / 0,40	0,28	0,30	0,37	0,32	0,40	0,29	0,34	0,28	0,39	0,37	0,34
G ^o 1	0,15 / 0,20	1,36	1,32	1,40	1,42	1,38	1,40	1,35	1,32	1,39	1,36	1,37





Como podemos observar en los datos obtenidos, es alarmante su situación en todos los niveles, físico, psíquico y de salud, repercutiéndoles socialmente.

Las costumbres que mantienen sobre la alimentación, claramente son nefastas para la salud, sus hábitos de comidas rápidas y fáciles de hacer, ya que prácticamente no elaboran un menú ni realizan una planificación de compra, aferrándose a lo fácil y rápido, fritos, pastas y precocinados. Estos hábitos son trasladados al resto de la familia y estos a sus descendientes, creándose un mal hábito heredado, al igual que su situación de cronicidad de usuarios de Servicios Sociales, la cual también se hereda, evadiendo así salir de la exclusión social por confort.

“yo cuando llego de emplear ni ganas de guisa, chunfo la fridora y unas croquetas y papas van apaños, a luego pa la cena le frijo unos famenquines o unos sacajobos de los que hace er Seba, que lo face él”. Mujer, 28 años.

“pos nosotros pasamos por el día a por un pollo questan baratos y te dan un pan, pa luego cogemos pasteles de los de seis por un lebro, pa la merienda, porque pa la cena que se coman una piza”. Mujer, 30 años.



“si tengo quir de papeles dejo la comia hecha, que mi mario es de comer y mi chaborrillos también, le frio dos conejos y papas y tan aviaos y pa la cena le frio crocretas”. Mujer, 29 años

“los míos to los días sopa y pancima les frio nages de pollo u otra cosa, pero mañana cocido con pringa, que mi suegro viene a come y es lo que le gusta, así pa la noche que ya no ta, un chorizo de los pelotillos y un par huevos fritos”. Mujer, 27 años.

6.3. Uso de las prestaciones.

Ante la expectativa resultante del análisis de la información recopilada, la pretensión es de reeducar y condicionar a la población usuaria de los Programas de Intervención Familiar en cuestiones de hábitos saludables y de un mejor aprovechamiento de las oportunidades y prestaciones que se les conceden.

De otra parte se pretende mostrar a la administración, el mal uso que esta población usuaria hacen de las prestaciones concedidas, planteándoles la posibilidad de trabajar con esta población en temas de reeducación alimentaria y de hábitos saludables, de mostrarles el fácil acceso a la realización de ejercicio físico y de un mejor aprovechamiento de las prestaciones concedidas.

“paeso cuando hay quir por el cheque del cortingles, entre la mañana que te pegas esperando lamay y a luego corre comprando en una hora to lo que jaman los chaborrillos y mi mario, aluego súbelo to porque el manué sé que en el coche esperando paparcar y yo enga subir bolsas de comia, acabas reventá”. Mujer, 29 años.

“Po yo cuando voy al cortingres me vuelven loca porque no quieren más que chominas y aluego lamay me regaña, pero los chaborrillos son así y pa darles un digusto, po no, paeso me lan dao”. Mujer, 30 años.



7. Discusión y conclusiones

Uno de los fines de la profesión del trabajo social, es promover el cambio social, resolver problemas en las relaciones humanas y el empoderamiento de las personas, aumentando así su bienestar. Según las teorías del comportamiento humano, la intervención del trabajo social incide en los puntos donde las personas interactúan con su entorno (Maslow, Motivación humana. 1943).

Actualmente los Servicios Sociales Comunitarios Municipales, destacan dentro de sus objetivos, el generar la autonomía personal e integración de las personas en la sociedad, pero el modelo de gestión de las prestaciones económicas, la situación de pasividad y dependencia institucional de los usuarios, han promovido la imagen asistencial del servicio, siendo esto un obstáculo para la promoción autónoma y personal del usuario, esta situación junto con el aumento de población con obesidad.

Desde las administraciones mediante planes, programas y proyectos, se intenta solucionar o paliar este gran problema, el cual no solo tiene repercusiones a nivel de salud, sino que excluye socialmente al individuo, aunque también supone un aumento en gasto público, debido a las enfermedades derivadas de la obesidad y de las repercusiones sociales, como la pérdida del empleo o su difícil acceso, siendo necesario acudir a Servicios Sociales Comunitarios para cubrir necesidades básicas.

Tras el estudio realizado, podemos afirmar que la situación de obesidad y sus trastornos está directamente relacionada con los hábitos y costumbres de la población, en este caso, la muestra en la que nos basamos para realizar el estudio, nos ha desvelado los malos hábitos alimenticios que mantienen las familias, el sedentarismo, el conformismo y la pasividad, ante la grave situación que genera la obesidad, el mal aprovechamiento de los recursos, y con esto me refiero a mal uso de las prestaciones concedida, al desorden y mal hábito, algo que se puede mejorar siendo beneficioso tanto para la población usuaria como para las administraciones.

Desde la administración y más concretamente desde los Centros de Servicios Sociales Comunitarios, que son más cercanos a la población usuaria, y mediante un proyecto reeducativo en el que la población usuaria replantee sus hábitos, adquiriendo conocimiento en habilidades tales como una compra saludable hasta el realizar un menú sano,



modificando sus hábitos voluntariamente ante el conocimiento de la situación de salud familiar, lo que facilitaría un mejor aprovechamiento de las prestaciones concedidas.

Para lograr unos resultados satisfactorios al respecto, la administraciones han de implicarse de forma tal que incluyan la inclusión en los programas reeducativos, como un compromiso más de los que ya incluyen la concesión de prestaciones económicas y en especie, de los Programas de Intervención Familiar, en los Centros de Servicio Sociales Comunitarios.

8. Propuesta de un estudio de intervención: Proyecto “Cúidate”

Tras los resultados de este estudio, creo conveniente junto con la Trabajadora Social y el Educador Social del Centro Municipal de Servicios Sociales de Bulevar, proponer un proyecto de intervención familiar, como una de los compromisos de la población usuaria de los Proyectos de Intervención Familiar, a los cuales le son concedidas prestaciones en especie, lo que implicaría un mejor aprovechamiento de estas prestaciones, no solo en beneficio del usuario, sino también de la administración, ya que se podría reducir la asiduidad de la concesión de prestaciones.

Por esta proposición-acuerdo, desde el Centro Municipal de Servicios Sociales, se propone realizar un Proyecto de intervención, un taller llamado “CUIDATE” y que pretende someramente, aplicar lo que se plantea en este Trabajo Fin de Grado, por lo que incluyo el diseño de dicho proyecto de Intervención, en el formato administrativo interno que usan los técnicos de Servicios Sociales Comunitarios, para presentar diferentes Proyectos y ser aprobados por el consejo administrativo del Patronato Municipal de Servicios Sociales de Jaén, pertenecientes al Ayuntamiento de Jaén.

1.1.1.1 PROYECTO INTERVENCIÓN

DENOMINACIÓN DEL PROYECTO: Participación activa de la mujer

DENOMINACIÓN DE LA ACTIVIDAD: Taller CUIDATE!

ZONA



Universidad de Jaén

UNIVERSIDAD DE JAÉN

Grado en Trabajo Social

☐ MAGDALENA	☐ ANTONIO DÍAZ
☐ PEÑAMEFECIT	☐ FUENTEZUELAS
☐ POLÍGONO DEL VALLE	☐ LAS INFANTAS
☐ SAN FELIPE	☐ TOMILLO
☐ INTERZONAS	☒ BULEVAR

PRESTACIONES BÁSICAS:

- ☐ IVOA
- ☐ SAD
- ☒ CONVIVENCIA Y REINSERCIÓN SOCIAL
- ☐ COOPERACIÓN SOCIAL
- ☐ COMPLEMENTARIAS

PROGRAMA: Bienestar y promoción de la mujer

ÁMBITO DE ACTUACIÓN

- ☒ EDUCACIÓN
- ☒ OCIO Y TIEMPO LIBRE
- ☐ LABORAL
- ☐ JUSTICIA
- ☒ GESTIÓN SOCIAL
- ☒ REDES SOCIALES

ÁREA

- ☐ INDIVIDUAL/FAMILIAR
- ☒ GRUPAL/COMUNITARIA

SECTOR DE POBLACIÓN

- ☐ INFANCIA
- ☒ JUVENTUD
- ☒ ADULTO
- ☐ TERCERA EDAD

PRINCIPIOS DE CALIDAD DE LA INTERVENCIÓN

- ☒ DESTINATARIOS
- ☐ DAR EN LA DIANA
- ☐ METODOLOGÍA
- ☒ NECESIDAD DE LA REALIDAD
- ☒ DISEÑO INTERINSTITUCIONAL
- ☐ MEJORA CONTINUA

LUGAR DE REALIZACIÓN: Centro de SS.SS.CC Bulevar

TEMPORALIZACIÓN: Del 24 de octubre de 2018 a 30 de mayo de 2019. Durante 1h 30 min, 2 días en semana, mas 1h 30min quincenal

PARTICIPANTES: 10-12 mujeres con sobrepeso y problemas de salud derivados del mismo.

GESTIÓN ECONÓMICA

- ☒ PATRONATO
- ☐ PATRONATO/USUARIOS

☐ AUTOGESTIONADO☒ OTROS:UP y Centro Salud del Bulevar**PRESUPUESTO: 1490,49€**

Taller de Zumba de Universidad Popular

12 esterillas deportivas.

Material de papelería, fungible y fotocopias.

Bascula. Cinta métrica.

Actividades colaterales a las sesiones (excursiones fuera del centro, alimentos para elaboración de recetas, etc)

OBJETIVOS:Generales

Mejorar el bienestar y la salud psico-emocional y física de las mujeres con sobrepeso, proporcionándole información que les genere confianza en ellas mismas para enfrentarse al proceso de pérdida de peso.

Fomentar la coordinación interinstitucional entre el Centro de Salud y el Centro Social de referencia de esta zona de la Capital.

Específicos

Contribuir a reconocer un problema y motivarlas para su solución.

Potenciar hábitos saludables y dotar de herramientas para facilitar los cambios dietéticos cotidianos.

Acercar los recursos de ocio y tiempo libre saludables a las familias.

METODOLOGÍA/ACTUACIONES:

El proyecto se impartirá con 2 modelos de sesiones: deportivas y formativa.

Las sesiones deportivas, serán impartidas por docentes de la Universidad Popular durante 1h 30 min cada sesión, distribuidas en dos días a la semana en horario de mañanas (de 9'30 a 11h). Siempre finalizarán con unos 10 minutos destinados a relajación.

La sesión formativa se impartirá por los profesionales del Centro de Salud durante un día en semana alternas, de 1h 30min de duración (jueves de 11'30 a 13h.)

Contenidos previstos para las sesiones teóricas prácticas versarán sobre:

Autoimagen.

Relación entre alimentación y salud.

Mitos y errores de la alimentación.

La dieta equilibrada.

Consejos dietéticos.

Elaboración de menús sanos.

El carro de la compra.

Interpretación del etiquetado.

Importancia del ejercicio físico para la salud

Así mismo, y de manera transversal se realizarán dietas personalizadas, seguimientos médicos y control de peso, con establecimiento de retos personales y compromisos.

INDICADORES DE EVALUACIÓN:



La evaluación se realizara a través de un cuestionario final de satisfacción de los participantes, grado de cumplimiento de sus expectativas, que temas generan mayor interés, nuevas demandas de información, utilización del tiempo y adecuación de la metodología.

TRABAJADORES:

M.M.P.A. Trabajadora Social Centro Municipal de SS.SS.

J.J.R.A. Educador Social Centro Municipal de SS.SS.

9. Bibliografía

- Folgeiras, P. (2009). *Métodos y técnicas de recogida y análisis de información cualitativa*. Disponible en:
http://www.fvet.uba.ar/postgrado/especialidad/power_taller.pdf
- Heinemann, K., (2003). *Introducción a la metodología de la investigación empírica*. Disponible en:
<https://seminariodemetodologiadelainvestigacion.files.wordpress.com/2011/06/introduccion-a-la-metodologia-de-la-investigacion-empirica-en-las-ciencias-del-deporte.pdf>
- López, R.E., (1994). *La entrevista cualitativa como técnica para la investigación en Trabajo Social*. Disponible en: <http://www.margen.org/suscri/margen61/lopez.pdf>
- Balcells Junyent, J. (1994). *La investigación social, introducción a los métodos y las técnicas*
- Arias, F. (1999). *El proyecto de investigación: guía para su elaboración*. Disponible en:
http://datateca.unad.edu.co/contenidos/202030/Fidias_G._Arias_El_Proyecto_de_Investigacion_5ta._Edicion-.pdf
- Ruiz Olabuenaga, J. I. (1996) *Metodología de la investigación cualitativa*. Bilbao : Universidad de Deusto.
- Castaño, C. & Quecenedo, R. (2002) *Introducción a la investigación cualitativa*. *Revista de autodidáctica* nº14. Pp. 0.
- Nodarse, J. (2008). *Elementos de sociología. Spanish Version*. Ciudad de Mexico: Selector.



- Rodríguez, G., Gil, J., García, E. (1996). *Metodología de la investigación cualitativa*. Granda: Aljibe.
- Andalucía, J. d. (Enero de 2018). *ANTEPROYECTO DE LEY PARA LA PROMOCIÓN DE UNA VIDA SALUDABLE Y UNA ALIMENTACIÓN EQUILIBRADA EN ANDALUCÍA*. Recuperado el Marzo de 2018
- (Cortés, José Juan Sánchez Cruz (Coordinador)Llenalia García FernándezJosé M^a Mayoral, 2013)(Encuesta Andaluza de sALUD 2011-2013, Muestra de menores.)
- (Cortés, José Juan Sánchez Cruz (Coordinador)Llenalia García FernándezJosé M^a Mayoral, 2013)(Encuesta Andaluza de sALUD 2011-2013, Muestra de adultos.)
- Hernández, M. Franco, S y Ochoa, D. (1995). La promoción de la salud y la seguridad social. Corporación Salud y Desarrollo. Bogotá, Colombia,. 3-30.
- Marchiori, P. (2006). Una introducción al concepto de promoción de la salud. En: Czeresnia, D. y Machado De Freitas, C. Promoción de la Salud: conceptos, reflexiones, tendencias. Buenos Aires, 19 a 44.
- Verdugo, M. A. y Schalock, R. L. (2001). El concepto de calidad de vida en los servicios humanos. En M. A. Verdugo, y F. B. Jordán de Urries (Coords.), *Apoyos, autodeterminación y calidad de vida* (pp. 105-112). Salamanca: Amarú Ediciones.
- La salud de la población andaluza menor de 16 años según las Encuestas andaluzas de Salud, 1999, 2003, 2007)
- Serrano, Jose Antonio. La familia como agente de salud. Nueva Guia alimentaria para la poblacion española, 2017)
- Cortes, Jose Maria Mayoral. Educación, salud y TIC en contextos multiculturales: Nuevos espacios de intervención. Escuela andaluza de salud publica de Granada 1999, Caballero.ala, Rosa María Zapata Boluda.Rachida Dalouh.Verónica, 2017
- Estrategia de promoción de la salud y prevención en el SNS. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud , 2013



10. Anexos

10.1 Anexo 1: Consentimiento expreso del usuario. Para el tratamiento de datos de carácter privado y personal

CONSENTIMIENTO EXPRESO

Nombre y Apellidos:

DNI:

En cumplimiento de lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, le comunicamos que los datos que usted nos facilite serán tratados de forma privada y personal, por la persona que realice la entrevista pertinente, con el fin de analizarlos e incluir de forma anónima, los resultados obtenidos, para la realización del Trabajo Fin de Grado, Grado en Trabajo Social, de la Universidad de Jaén.

Mediante la firma del presente documento usted da su consentimiento expreso para que M^o del Carmen Joyanes Alabarce, nombre del Responsable de la realización de las encuestas y del T.F.G., pueda utilizar con este fin concreto los datos facilitados por usted, comprometiéndose a tratar de forma confidencial los datos de carácter personal facilitados y a no comunicar o ceder dicha información a terceros.

En Jaén a 23 de marzo de 2018

Fdo.:_____



10.2. Anexo 2: Autorización Administrativa

AUTORIZACION

D^a _____, Trabajado Social del Centro Municipal de Servicios Sociales de Bulevar, autorizo a D^a M^a del Carmen Joyanes Alabarce, alumna de G^a en Trabajo Social, de la Universidad de Jaén, al uso de la información requerida sobre los Programas de intervención Familiar de los usuarios seleccionados, bajo los ítems requeridos y a la realización de entrevistas a los mismos, para la realizar un estudio cualitativo y cuantitativo de los hábitos saludables de estos, en cuanto a alimentación y ejercicio físico, con el fin de incluirlo en el Trabajo Fin de Grado y bajo el consentimiento conformado de los usuarios seleccionados.

En Jaén a 22 de marzo de 2018

Fdo.: _____



10.3 Anexo 3. Ficha de la muestra

FICHA USUARIO Nº					CODIGO:				
DATOS PERSONALES									
NOMBRE						D.N.I.			
SEXO		M		H		AÑO NCTO.			
ESTADO						Nº HIJOS			
DIRECCION									
P.I.F. / ESPECIE				SI			NO		
DATOS DE SALUD									
	Obesidad clase 1 (de bajo riesgo)								
	Obesidad clase 2 (riesgo moderado)								
	Obesidad clase 3 (de alto riesgo)								
	Glucosa (azúcar) alta en la sangre o diabetes.								
	Presión arterial alta (hipertensión).								
	Dislipidemia (nivel alto de colesterol y triglicéridos en la sangre)								
	Cardiopatía coronaria, insuficiencia cardíaca y accidente cerebrovascular.								
	Problemas óseos y articulares, osteoartritis.								
	Apnea del sueño (Dejar de respirar durante el sueño).								
	Cálculos biliares y problemas del hígado								
	Algunos tipos de cáncer.								



10.4 Anexo 4. Ficha de control de compra mensual.

COMPRA MENSUAL POR SUJETOS						FECHA: MARZO 2018					
PRODUCTO	1- PCE	2- LCM	3- BEP	4- AFR	5- EHR	6- MM M	7- TRC	8- ARC	9- BMM	10- ARM	TOTAL
Aceite Oliva / Girasol											
Aperitivos y Frutos secos											
Caldo / Sopas / Salsas											
Conservas Pescado / Vegetales											
Sal / Especies											
Farináceos											
Huevos											
Legumbres											
Arroz											
Pasta											
Platos Preparados											
Carnes / Derivados											
Frutas / Verduras / Hortalizas											
Pescados											
Precocinados											
Cafés/Cacao/Lácteo											
Repostería											
Bebidas											
COSTE P.I.F.											



10.5 Anexo 5. Ficha de menú semanal

MENUS							
SEMANA 1	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
1ª hora	Café / Café con leche / Cola-caó / Batido						
½ Mañana	Café con leche / Cola-caó Tostada jamón / queso / jamón cocido / pavo / sobrasada / pate / mantequilla						Chocolate con churros
Almuerzo.	Sopa / Macarrones / Conejo frito / Bacalao frito / Pollo al ajillo y Patatas fritas / Fabada / Guisado de cordero / croquetas / Patatas fritas con huevos y salchichas / Empanadillas / Cocido con pringada / tortilla de patatas / chuletas a la parrilla / flamenquines / san Jacobo / merluza rebozada / boquerones fritos / sardinas adobadas / estofado de habichuelas / lentejas						
	Yogurt / flan / fruta						
Merienda	Café / Café con leche / Cola-caó / Batido Magdalenas / pastelitos / Galletas / Cañas de chocolate / Croissant / Pasteles						
Cena	Fiambre / Albóndigas fritas / Calamares fritos y patatas / hamburguesas / croquetas / Salchichas y patatas / pizzas / San Jacobo / flamenquín						
Bebida	Refresco / cerveza / zumo					Refresco / cerveza / zumo / cubata	
Entre Horas	Pasteles / fiambre / Chucherías						
Otros:							