

DTS

DOCUMENTOS DE TRABAJO SOCIAL

Nº 25 · PRIMER CUATRIMESTRE DE 2002

EDITA Y DIRIGE:



Colegio Oficial de Diplomados
en Trabajo Social de Málaga

DOCUMENTOS DE TRABAJO SOCIAL Nº 25

Primer cuatrimestre de 2002

EDITA Y DIRIGE

Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social de Málaga

C/ Muro de Puerta Nueva, 9 - 1º C · 29005 Málaga
Tel. 952 227 160 · Fax 952 227 431
E-mail: malaga@cgtrabajosocial.es

VOCALÍA DE PUBLICACIONES Y DOCUMENTACIÓN
Mónica Tabares Arrebola

CONSEJO DE REDACCIÓN

M^a Luz Burgos Varo, Laura Carvajal Hidalgo,
Francisco Cosano Rivas, Eva Díaz Aguilar,
Paloma Mora Rosado, Carmen Díaz Jiménez,
M^a Luisa Taboada González, Mónica Tabares Arrebola,
Rosa M^a Valero Rodríguez y Francisco Jesús Bravo Ruano.

El Consejo de Redacción no se identifica necesariamente
con el contenido de los artículos publicados.

SECRETARÍA TÉCNICA

Beatriz Garrido Gutiérrez

ASESOR DE PUBLICACIONES

Francisco Guerrero Cuadrado

DISEÑO

Magdalena García y Antonio Pedrajas

Intervención con familias en los servicios sociales comunitarios 5
JESÚS LUQUE MARÍN, BELLA PINEL LÓPEZ

Programa de Educación para la Salud en el
municipio de Cuevas de San Marcos 35
M^a CARMEN RODRÍGUEZ GONZÁLEZ, M^a TERESA PAREJO SERRANO

Programa de Educación para la Salud (EPS)
dirigido a mujeres en el climaterio.
Distrito Sanitario de Atención Primaria de Antequera 53
M^a CARMEN RODRÍGUEZ GONZÁLEZ, FRANCISCA GUERRERO
GONZÁLEZ, JOSÉ LUIS AGUILERA RODRÍGUEZ,
MANUEL BERNAL PÁEZ

La inmigración extracomunitaria en Andalucía.
El caso de Málaga 69
ANTONIO NARVÁEZ RODRÍGUEZ

Entrevista a Luis Barriga Martín 99
M^a LUZ BURGOS VARO

Boletín de suscripción 113


Índice de números publicados 115

En este primer número de nuestra revista correspondiente al año 2002, comenzamos con un artículo que nos habla sobre la intervención con familias en los Servicios Sociales Comunitarios, en el cual el autor nos aporta en líneas generales las funciones del Trabajador Social en un Centro de estas características.

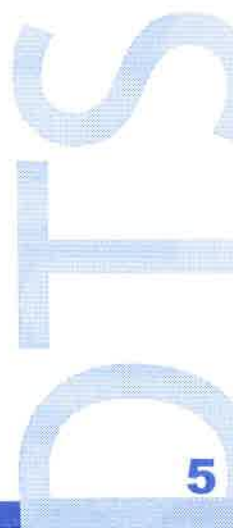
Así mismo podemos ofrecer una visión sobre la Educación para la Salud, tema muy importante para evitar el aumento en la tasa de personas que sufren algún tipo de enfermedad, a través de dos artículos en los que se nos presenta la elaboración de Programas educativos (de Educación para la Salud), dirigidos al municipio de Las Cuevas de San Marcos y a las mujeres en el Clímax. Indicándonos todos los apartados correspondientes a los mismos, como: objetivos, población diana, metodología, recursos, evaluación...

Contaremos además con el artículo "La inmigración extracomunitaria en Andalucía. El caso de Málaga" en el cual se aborda la inmigración en nuestra comunidad, ofreciéndonos las características propias de este fenómeno en nuestra provincia.

Y finalmente conversaremos con D. Luis Barriga Martín sobre la relación entre clientes y profesionales del Trabajo Social, ofreciéndonos sin duda opiniones de gran "calidad" con respecto al tema en cuestión.



Intervención con
familias en los
servicios sociales
comunitarios.



Este trabajo expone las líneas generales que definen el desarrollo profesional del trabajo con familias en un Centro de Servicios Sociales Comunitario.

Por un lado, un marco teórico donde enfocar la intervención con familias y por otro lado, las funciones a desarrollar por parte de los profesionales que componen un equipo interdisciplinar en un planteamiento de intervención con familias multiproblemáticas.

JESÚS LUQUE MARÍN
Trabajador Social

BELLA PINEL LÓPEZ
Educatora Familiar

INTRODUCCIÓN

Los Servicios Sociales Comunitarios constituyen un instrumento básico de la política de bienestar social, configurándose la acción de estos como pieza clave para la promoción de recursos sociales en función de las necesidades y características específicas de individuos, grupos y comunidades.

Estos hacen posible los principios de cercanía a los ciudadanos, normalización, participación e información de los usuarios y, a su vez, asientan las bases para una mejor planificación de los recursos sociales, así como una mayor coordinación de cuantas iniciativas públicas y privadas tiendan a dar respuesta a las necesidades sociales.

Los Centros de Servicios Sociales surgen de la necesidad del sistema público de dotarse de un equipamiento básico que ubicado en los municipios, permitiera a estos prestar servicios sociales básicos dirigidos a toda la población.

El marco legal de referencia que sustenta el trabajo desde los servicios sociales es :

- La Ley 2/88 de 4 de Abril, de Servicios Sociales de Andalucía, aborda la tarea de responder a las necesidades sociales de Andalucía y a la ordenación racional de los recursos.
- Los Servicios Sociales, entendidos en sentido amplio, tal como los plantea la Ley, unen las siguientes áreas de actuación (artículos 6 y 11):
 - La atención a la problemática que puede incidir en el bienestar de la familia y especialmente, a las disfunciones que se puedan producir en este medio, compensándolas o corrigiéndolas.
 - La atención y promoción del bienestar de la infancia, adolescencia y juventud.

- La atención y promoción del bienestar de los ancianos, favoreciendo su integración y participación en la sociedad, procurando su mantenimiento en su medio habitual y evitando su marginación.
 - La atención y promoción del bienestar de las personas con deficiencias físicas, psíquicas o sensoriales, posibilitando su integración social, promoviendo la prevención y rehabilitación integral.
 - El tratamiento social de grupos con conductas disociales, incidiendo en la prevención y propiciando la reinserción de los ex reclusos.
 - La prevención de todo tipo de drogodependencias, en colaboración con los servicios sanitarios correspondientes, procurando la reinserción social del drogodependiente.
 - La promoción y desarrollo integral de las comunidades rurales y urbanas.
 - La promoción y la plena incorporación de la mujer en todos los ámbitos de la vida, superando cualquier discriminación social, laboral, cultural, económica o política.
 - La prevención y eliminación de cualquier discriminación por razón de raza, sexo o cualquier otra condición o circunstancia personal o social.
 - La atención a otros colectivos que lo requieran.
- Los Servicios Sociales se estructuran de acuerdo a dos modalidades:

Los Servicios Sociales Comunitarios, como estructura básica del Sistema Público de Servicios Sociales, ofertados a toda la población, con carácter

general (art. 7, 8, 9 y 10) de clara vocación municipalista, por ser esta administración la más cercana al ciudadano. La naturaleza y prestaciones de los Servicios Sociales Comunitarios están definidas por el Decreto 11/1992 de 28 de enero.

Los Servicios Sociales Especializados, con un segundo nivel de intervención, dirigidos hacia determinados sectores de la población que, por sus condiciones o circunstancias, requieran una actuación específica (art. 11).

- Decreto 11/1992, de 28 de enero, por el que se establecen la Naturaleza y Prestaciones de los Servicios Sociales Comunitarios, que a continuación se desarrolla:
 - “ **Servicios de información, valoración, orientación** (SIVOA): estructura organizativa que permite la realización de un conjunto de medidas, que faciliten al ciudadano, y a la comunidad en general, el conocimiento y acceso a los recursos sociales, en una relación de ayuda profesional al objeto de garantizar sus derechos sociales y constituyendo a la vez un instrumento dinámico y eficaz para la planificación.
 - “ **Servicio de Convivencia y Reinserción Social** (SC y RS): estructura organizativa que desarrolla un conjunto de actuaciones que posibiliten la convivencia, promoción o integración de individuos o grupos en la vida social. Se utiliza como instrumento de prevención y normalización de las condiciones que generan exclusión y deterioro de la convivencia, así como de promoción y tratamiento a grupos y personas con dificultades o deterioro de sus sistemas de relación y vinculación con el entorno. Así mismo, posibilitar alternativas ade-

cuadas a su situación y, en su caso, el retorno a su medio natural.

•• **Servicio de Cooperación Social (SCS):** estructura organizativa que permite el desarrollo de aquellas actuaciones dirigidas a fomentar y apoyar manifestaciones de solidaridad de la comunidad, impulsar y promover el asociacionismo, potenciar las asociaciones ya existentes y ofrecer cauces para la participación.

•• **Servicio de ayuda a domicilio (SAD):** estructura que tiene como finalidad restablecer la autonomía del individuo o la familia con el fin de facilitar la permanencia en el medio de vida habitual, evitando la institucionalización.

- Orden de 22 de Octubre de 1996, por la que se regula el Servicio de Ayuda a Domicilio como Prestación Básica de los Servicios Sociales Comunitarios. Su objeto es regular en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Andalucía y dentro del Sistema Público de Servicios Sociales. Su finalidad es promover, mantener o restablecer la autonomía personal del individuo o familia, con el fin de facilitar la permanencia en el medio habitual de vida, evitando situaciones de desarraigo y desintegración social.
- La ley 7/1997, de 9 de Julio, de Prevención y Asistencia en materia de Drogodependencias.
- Orden de 13 de Abril de 1998, por la que se regulan las Ayudas Económicas Familiares y su gestión mediante la cooperación entre la Junta de Andalucía y las Corporaciones Locales; en la que se definen las Ayudas Económicas Familiares como prestaciones temporales, dinerarias o en especie, de carácter preventivo, que se conceden a familias para la atención de necesidades básicas de menores

a su cargo cuando carecen de recursos económicos suficientes para ello, dirigidas a la prevención, reducción o suspensión de factores que generen situaciones de dificultad social para los menores, con el fin de evitar su institucionalización y posibilitar su integración en el entorno familiar y social.

- Ley 1/98, de 20 de Abril de los Derechos y la Atención al Menor en Andalucía. El objeto de esta ley es establecer el Marco Jurídico de actuación en materia de promoción y protección de los derechos de los menores, así como en relación con la ejecución de las medidas que sobre los mismos sean acordados por los juzgados competentes.
- Ley 1/99, de 31 de Marzo, de Atención a las personas con discapacidad en Andalucía.
- Ley 6/99, de 7 de Julio, de atención y protección a las personas mayores.

El trabajo a desarrollar por parte de un equipo interdisciplinar estará enmarcado en el programa de infancia y familia, en el que tendrían cabida las disciplinas del Trabajador Social, del Educador Familiar y del Psicólogo.

El trabajo de un equipo de intervención familiar se centrará en:

- Actuaciones de carácter educativo: dirigidas a fomentar hábito de conducta y adquisición de habilidades sociales.
- Actuaciones de carácter socio-comunitario: las dirigidas a la participación del usuario en la comunidad y en actividades de ocio y tiempo libre. Que pueden estar inmersas en un programa como «Familia y Convivencia» o «Infancia y Familia».

FUNDAMENTACION

Siempre que se pretende desarrollar actuaciones de carácter educativo y de carácter socio-comunitario en entornos afectados por graves problemáticas sociales, nos vemos obligados a hacer hincapié en la familia como grupo humano básico y vital. A pesar de que el concepto de familia se manifiesta de forma múltiple, y está actualmente en proceso de adaptación a nuevos modelos culturales, es el lugar privilegiado para alimentar la existencia vital. Se convierte en espacio educativo y en espacio de vida, y así seguirá siendo.

Por estas mismas razones, la familia también se convierte en el primer espacio afectado cuando surgen problemas de tipo social. La dinámica familiar, la misma que garantiza el crecimiento y la adopción de habilidades básicas, se puede deteriorar gravemente, dando lugar a círculos difíciles de abrir.

La familia puede verse afectada de forma importante por distintos factores:

- **Factores externos:** desempleo, precariedad laboral, cambios en las escalas de valores sociales, escasa infraestructura socio-educativa y sanitaria, viviendas con bajas condiciones de habitabilidad y deterioro de los espacios comunes.
- **Factores internos:** escasas habilidades personales, historia personal y familiar conflictiva, deficiencias formativas, situaciones a cargo que suponen una atención especial, como las minusvalías o las drogodependencias, falta de comunicación, escaso apoyo de la red familiar extensa, escasez de recursos económicos, ejercicio de actividades "marginales" como medio de subsistencia y problemas con la justicia.

Sobre la base de todo lo anterior, consideramos que se hace imprescindible el crear en la familia espacios de crecimiento y

de relación educativa, aceptando el lugar que cada uno de los miembros tiene dentro de ella y ayudando a la toma de conciencia sobre sus derechos y deberes, sus limitaciones y sus potencialidades. Esto debe de ser desarrollado por profesionales de la intervención social en el ámbito de la familia, enmarcado en una estructura de varias disciplinas (Servicios Sociales de atención primaria).

Los Modelos de Intervención con la *familia* se pueden concebir desde diversos enfoques, tales como el biofísico, el psicoanalítico, el cognitivo - conductual, o el que en nuestros días ha tomado un especial auge debido a los óptimos resultados que se desprenden de su aplicación como es el *Modelo Interaccional Sistémico*, sobre el que en apartados sucesivos se harán algunas otras referencias. Con todo, en mi opinión, un práctico de la Educación Familiar, o lo que es lo mismo, la Educación Familiar Aplicada no debe empotrarse en un determinado modelo, sino que más bien ha de apoyarse en aquellas técnicas que, procedentes de uno u otro, sirvan para dar respuesta a las demandas reales del servicio, es decir, utilizar todo aquello que promueva un cambio favorable en una determinada familia.

DESTINATARIOS

Nuestra acción se dirige fundamentalmente hacia aquellas familias que se ven afectadas por graves problemáticas sociales. Se trata de aquellas que mantienen una situación de mayor dependencia respecto del exterior, especialmente de las ayudas públicas, sin que éstas consigan mejorar sus condiciones vitales que van más allá de las materiales. Son familias que ya han entrado en unos procesos de "cronificación" de su situación y no encuentran el estímulo ni la posibilidad de transformarlas por sí mismos. Son familias con las que urge realizar una tarea profunda, más allá de la información - orientación, aterrizando en las bases relacionales y en las habilidades personales dormidas o no entrenadas que se hacen imprescindibles para modificar su situación.

También entran dentro de nuestra población, aunque en un sentido diferente, aquellas otras familias en situación de vulnerabilidad, a las que hay que acompañar desde un trabajo de prevención para que no terminen en situación de exclusión social tales como familias monoparentales, casos de viudedad, separaciones, abandonos, ingresos en Centros penitenciarios y drogadicciones.

Y, por último, de manera indirecta, nuestra acción debe llegar a las familias del conjunto de la población, de los mismos barrios, que se hallen en situaciones de mayor "normalidad", ya que nuestro horizonte debe ser siempre el de construir, entre todos, comunidades más accesibles y acogedoras.

VARIABLES

Una relación de las variables más importantes a tener en cuenta en la intervención familiar que ayuda al profesional a establecer las prioridades pertinentes y estructurar la planificación. Entre otras se pueden destacar las siguientes:

- Salud psíquica de los padres.
- Salud psíquica de los hijos.
- Salud física de los padres.
- Salud física de los hijos.
- Adhesión a los tratamientos de salud.
- Calidad de la relación de pareja.
- Problemas de conducta de los niños.
- Relaciones sociales de los padres.
- Adecuación del estado material y físico del hogar.
- Adecuación del nivel de cuidado físico y psíquico de los niños.
- Adecuación en la utilización de los castigos.
- Calidad del cuidado afectivo de los niños.

- Conocimiento y utilización de los recursos de protección social.

Algunas de estas variables, que pueden ser dependientes o independientes según los aspectos de la familia y sus miembros que se traten de modificar, al mismo tiempo, pueden estar interactuando para producir efecto sobre variables dependientes objeto de intervención; por ejemplo, si queremos aumentar la calidad del cuidado afectivo de los padres sobre los hijos (VD) en una familia en la que el padre padece una enfermedad mental (VI), y éste no presenta una óptima adhesión al tratamiento (VI) prescrito por el equipo de salud mental, difícilmente conseguiremos modificar la VD (calidad del cuidado afectivo) si no trabajamos sobre la rigurosa administración del medicamento. Ambas variables independientes (VIs) se influyen mutuamente para afectar a la VD, es decir, dependen una de la otra para conseguir el objetivo deseado. La VI (enfermedad mental), desde otra óptica, puede convertirse en VD objeto de cambio.

OBJETIVO GENERAL

Potenciar el desarrollo de las capacidades y habilidades del individuo desde el marco familiar, que permita su inserción social activa y su interacción con un entorno comunitario amplio; así como favorecer con la aplicación de métodos y técnicas pedagógicas, psicológicas y sociales, su madurez, autonomía y desarrollo personal.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

La finalidad de nuestra acción es la promoción integral del núcleo familiar, que mejore su calidad de vida. Todo a través de una intervención educativa individual, grupal y comunitaria. Así, los objetivos específicos de un equipo de intervención familiar dentro de un equipo interdisciplinar serían:

- Potenciar el desarrollo de habilidades personales y sociales para el afrontamiento de problemas.
- Modificar los hábitos educativos que dificulten una dinámica familiar positiva.
- Favorecer el conocimiento y utilización de los recursos existentes en la zona.
- Prevenir el absentismo escolar y conseguir la plena escolarización y la implicación sobre el área escolar de los padres y/o tutores.
- Mejorar los hábitos relativos a la salud, higiene y alimentación.
- Facilitar y acompañar la búsqueda activa de empleo y la inserción / reinserción laboral.
- Potenciar alternativas de formación e inserción laboral.
- Potenciar la participación de la familia en su entorno.

ASPECTOS METODOLOGICOS

La actuación que nos proponemos parte de la persona, de sus necesidades, problemas y carencias y, especialmente de sus potencialidades. Nos apoyamos en las teorías pedagógicas, psicológicas y sociales de modelos ya puestos en marcha y que nos facilitan y orientan el camino.

Las fases de intervención serán las siguientes:

- **Recepción del caso a intervenir en el Centro.** Demanda directa o indirecta. Por el trabajador social.
- **Estudio y prediagnóstico por parte del trabajador social.**

- **Presentación en equipo y asignación de responsable.** Trabajador Social, Psicólogo, Educador familiar.
- **Estudio y análisis de la familia por parte del equipo del programa de familia.** En esta fase se establecerá la relación con la familia, basada en la confianza y en el respeto de los ritmos de las personas. Aquí se iniciará la detección de principales problemáticas.
- **Diseño de la acción. Planificación.** En esta fase se elaborará el diagnóstico inicial y el proyecto de intervención familiar. Tanto uno como otro se elaborarán mediante pacto o acuerdo y colaboración de la familia informando de objetivos y tiempo de intervención. Los objetivos deberán ser viables y operativos, y los medios deberán poder estar al alcance de las personas.
- **Intervención.** Se pone en práctica el plan de intervención familiar, éste no puede ser concebido de forma estática, irá variando en la medida en que lo consideremos necesario, bien porque se vayan cumpliendo objetivos o bien porque aparezcan necesidades nuevas. En esta fase que es la más larga también tiene lugar las acciones de carácter grupal.
- **Autonomía. Evaluación.** Nuestro objetivo es la autonomía de las familias para solucionar sus problemas con sus propias habilidades. Esta última fase no debemos olvidarla. Sabiendo la problemática que puede arrastrar una misma familia, nuestra acción puede no llevar a la completa autonomía. Una vez llegada a esta fase, ya sea por el cumplimiento de los objetivos o por la negativa de la familia a entrar en la intervención familiar que nosotros le proponemos, el trabajo educativo debe llegar a esta última fase de culminación.

El diagnóstico inicial y el plan de intervención familiar se elaborará sobre la base de los instrumentos ideados para ello

en el Centro de Servicios Sociales, utilizando fundamentalmente la Historia Social. El establecimiento de un acuerdo explícito de colaboración entre la familia y nosotros en las que se detallen las responsabilidades y compromisos de cada uno en el proceso que ponemos en marcha. Este instrumento se utilizará en aquellos casos en los que tengamos la constancia, o al menos así lo creamos, de que va a servir para la toma de conciencia de la persona acerca de su situación, evitando el establecimiento de contraprestaciones que no conduzcan a esta toma de conciencia.

Así mismo, dentro del trabajo educativo se puede valorar la conveniencia de apoyar a las familias con alguna prestación económica (prestaciones complementarias: ayuda económica familiar).

Respecto al marco teórico de nuestra acción partiremos fundamentalmente de dos parámetros que se complementan:

El análisis motivacional como fundamento para el análisis de determinadas conductas, actitudes y anulación de habilidades. Especialmente nos centraremos en la motivación no formal, es decir, aquella que se mueve por elementos difíciles de cuantificar a primera vista.

Básicamente nuestra finalidad educativa es la de ayudar a construir personas partiendo de la realidad concreta de cada familia y del respeto a su forma de vida, por lo que nuestras formas y métodos deben estar fundamentados en esta intención.

NIVELES DE INTERVENCIÓN. FUNCIONES Y ACTIVIDADES.

Las funciones a desarrollar por el educador familiar se sitúan a tres niveles: Individual/familiar, grupal y comunitario.

A) Nivel Individual/familiar, interviniendo con cada familia y cada persona dentro de ella, detectando sus principales problemáticas y marcándonos unos objetivos con ellos.

Las áreas de intervención en este nivel son: organización de la economía familiar, educación para la salud, tiempo libre, formación, convivencia familiar y social, jurídico - administrativo, la propia tarea profesional, el equipo interdisciplinar.

1. - ÁREA ORGANIZACIÓN DE LA ECONOMIA FAMILIAR

OBJETIVOS	TAREAS
<ul style="list-style-type: none"> • Concienciar de la importancia de una correcta administración y organización de la casa. • Capacitar a la familia para administrar el presupuesto según necesidades. • Intentar cubrir deudas existentes siempre que el individuo responda adecuadamente al programa. 	<ul style="list-style-type: none"> • Diálogo motivador para que se entienda la necesidad de una buena administración. • Elaborar presupuesto de gastos fijos (luz, agua...) • Elaborar presupuestos que cubran prioritariamente las necesidades, ya sean diarios, semanales o mensuales. • Supervisión y seguimiento constante de cómo se utiliza el dinero y de cómo funciona la casa.

2. - ÁREA EDUCACIÓN PARA LA SALUD

OBJETIVOS	TAREAS
<p>2.1. - Hábitos Alimenticios</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hacer que la familia tome conciencia de los malos hábitos alimenticios. • Concienciar a la familia de que una buena alimentación es salud. • Inculcar cuál es la alimentación adecuada. • Enseñar a realizar la comida y la compra con calidad y ajustándose al presupuesto. • Inculcar el hábito de comer de forma adecuada y a unas horas determinadas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Diálogo para hacer comprender los beneficios de una buena alimentación. • Informar sobre dietas equilibradas, alimentos sanos y perjudiciales. • Realización y seguimiento posterior, de comidas sanas y compras adecuadas. • Dar a conocer pautas adecuadas de comer. • Realizar conjuntamente horarios alimenticios.

OBJETIVOS	TAREAS
<p data-bbox="197 239 511 263">2.2. - Higiene del hogar</p> <ul data-bbox="197 310 557 639" style="list-style-type: none"><li data-bbox="197 310 557 396">• Hacer comprender la importancia de la higiene en el hogar.<li data-bbox="197 412 557 467">• Mejorar sus actitudes en cuanto a la higiene.<li data-bbox="197 482 557 569">• Enseñar a realizar ciertas tareas domésticas (desinfección de baños, suelos...)<li data-bbox="197 584 557 639">• Mejorar el aspecto de la casa.	<ul data-bbox="593 283 953 707" style="list-style-type: none"><li data-bbox="593 283 953 370">• Diálogo con todos sobre la importancia de la higiene en el hogar.<li data-bbox="593 385 953 534">• Proporcionarles conocimientos y orientaciones sobre como realizar el aseo, con qué instrumentos de aseo y cada cuánto tiempo.<li data-bbox="593 550 953 636">• Apoyo y orientación en la práctica cotidiana. Potenciar la constancia.<li data-bbox="593 652 953 707">• Seguimiento de las normas acordadas.
<p data-bbox="197 738 492 762">2.3. -Higiene personal</p> <ul data-bbox="197 777 557 1036" style="list-style-type: none"><li data-bbox="197 777 557 832">• Enseñar la importancia de la higiene personal.<li data-bbox="197 848 557 934">• Proporcionar las normas básicas de higiene personal y cómo realizarlas.<li data-bbox="197 950 557 1036">• Mejorar el aspecto de las personas, gracias al logro de los hábitos higiénicos.	<ul data-bbox="593 777 953 1201" style="list-style-type: none"><li data-bbox="593 777 953 926">• Comunicación con la familia de la importancia de una buena higiene personal, de cómo puede influir en otros aspectos: laboral, social...<li data-bbox="593 942 953 1091">• Proporcionarles conocimientos y orientaciones sobre cómo realizar el aseo, con qué instrumentos de aseo y cada cuanto tiempo.<li data-bbox="593 1107 953 1193">• Apoyo, orientación y seguimiento del cumplimiento de las normas acordadas.

OBJETIVOS	TAREAS
<p>2.4. - Prevención de Salud</p> <ul style="list-style-type: none"> • Saber valorar la salud. • Acudir a revisiones medicas periódicas. • Instruir para evitar los accidentes domésticos infantiles. • Usar correctamente los medicamentos. • Prevenir enfermedades infecciosas. • Tratar problemas de drogodependencias, si los hubiera • Informar, hablar y tratar de forma conveniente la sexualidad. • Tomar medidas anticonceptivas en caso necesario. 	<ul style="list-style-type: none"> • Diálogos sobre la importancia de la salud. • Orientar y supervisar que se realicen las revisiones médicas y vacunaciones. • Informar sobre cuando es conveniente ir al médico, lugares donde tienen que dirigirse. • Supervisar la correcta administración de medicamentos. • Dar información sobre sexualidad o derivar a centros si fuera necesario. • Informar sobre centros de planificación familiar.

3. - ÁREA DE FORMACIÓN

OBJETIVOS	TAREAS
<p>3.1. - Formación social y personal de la familia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Concienciar de tener actitudes positivas ante problemas, no autocompadecerse. • Capacitar a la familia para que afronten sus problemas, que adquieran el hábito de informarse y contactar con recursos. • Utilizar los dispositivos existentes para resolver sus problemáticas. • Inclusión en los programas de educación para adultos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento con las familias para que aprendan a conocer sus problemas y pongan en marcha las medidas oportunas. • Informar de los recursos existentes y ponerles en contacto con ellos. • Realizar conjuntamente actividades culturales o gestiones de distinta índole. • Informar de cursos de INEM, formación, • Informar de bolsas de trabajo.

OBJETIVOS	TAREAS
<p>3.2. - Formación de la responsabilidad como padres</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Concienciar de su responsabilidad en la educación de sus hijos. • Mejorar su actitud y conseguir que se impliquen. • Dar a conocer aspectos que influyen en la educación de sus hijos: juegos, comunicación, ... 	<ul style="list-style-type: none"> • Observar y detectar déficits o incapacidades para cumplir con la función paternal. • Informar sobre las necesidades de sus hijos. • Asesorar su intervención en casos concretos. • Realizar conjuntamente visitas a la escuela y hacer seguimiento.
<p>3.3. - Formación de los niños en su integración social y escolar</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Crear actitudes positivas hacia la educación y promoción. • Asistir a la escuela regularmente. • Crear e infundir hábitos de trabajo. • Adquirir un núcleo de amigos. • Conseguir que desarrollen su personalidad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dialogo con el niño su interés por la escuela y su entorno. • Hacerle ver la importancia de su formación en la vida cotidiana y futura. • Realizar actividades lúdicas que los niños descarguen de la problemática familiar. • Realizar seguimiento escolar y social. • Conectar con la escuela para afianzar la relación escuela niño.

4. - ÁREA CONVIVENCIA FAMILIAR Y SOCIAL

OBJETIVOS	TAREAS
<ul style="list-style-type: none"> • Adquirir actitudes positivas para mejorar el bienestar familiar. • Capacitar para afrontar problemas sin violencia. • Mediar ante situaciones de conflicto. • Crear atmósferas de afecto y comprensión. • Potenciar el asociacionismo. • Adoptar actitud abierta ante el vecindario. 	<ul style="list-style-type: none"> • Diálogo y apoyo constante para mejorar la convivencia. • Dar a conocer técnicas de resolución de conflictos. • Realizar reuniones familiares y normas de convivencia. • Contactar a la familia con las asociaciones del barrio.

5. - ÁREA OCIO Y TIEMPO LIBRE

OBJETIVOS	TAREAS
<ul style="list-style-type: none"> • Inculcar que el tiempo libre es espacio para la comunicación relax y disfrute. • Conseguir que presten atención a la realización de actividades lúdicas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar salidas y excursiones. • Realizar actividades lúdicas en la casa. • Enseñar a los padres juegos y motivarles a ser creativos con sus hijos. • Informar sobre recursos, asociaciones,

6. - ÁREA JURÍDICO - ADMINISTRATIVO

OBJETIVOS	TAREAS
<ul style="list-style-type: none"> • Poner a disposición del interesado los medios recursos e información que precisen (indocumentación, situaciones ilegales, información jurídica) 	<ul style="list-style-type: none"> • Informar y derivar a los recursos, servicios y profesionales. • Fomentar que el acceso a estos servicios se realice de forma autónoma.

7. -LA PROPIA TAREA PROFESIONAL DEL EDUCADOR FAMILIAR

OBJETIVOS	TAREAS
<ul style="list-style-type: none"> • Que el educador planifique su propio trabajo. • Que valore su propia intervención. • Que sepa optimizar su intervención ajustándola a los objetivos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Registrar datos en las hojas de registro. • Evaluar el trabajo individual. • Establecer estrategias de mejoras.

8. -EL EQUIPO INTERDISCIPLINAR

OBJETIVOS	TAREAS
<ul style="list-style-type: none"> • Que se realice una intervención integrada por todos los profesionales del Centro. • Que se establezcan intervenciones coordinadas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Relación constante con los profesionales que intervienen en la familia. • Aportar datos en las reuniones de equipo. • Valorar la evolución de la familia conjuntamente y establecer estrategias de acción.

- B) Nivel grupal,** actuando sobre algún tipo de necesidad o problema que afecte a varias personas y/o familias a la vez. En el ámbito grupal diseñamos acciones formativas de grupo, orientación laboral desde una intervención programada. En este campo también entra lo lúdico, entendiendo éste como un espacio educativo. Podemos y debemos utilizar todas las técnicas grupales a nuestro alcance, especialmente aquellas que ayuden a la toma de conciencia: grupo de discusión, sociodrama, ...
- C) Nivel comunitario,** teniendo presencia en las distintas asociaciones existentes en el barrio, contactando con los Colegios, el Centro de Servicios Sociales o el de Salud, así como otras iniciativas que existan en el barrio, animando a las familias a participar y hacer un uso correcto de los recursos.

Las técnicas que utiliza el educador familiar son entre otras: entrevistas, cuestionarios, observación directa, visitas domiciliarias, dinámicas de grupo, de resolución de conflictos, en habilidades sociales, animación comunitaria, comunicación social, movilización y concienciación.

RECURSOS

En todo Centro de Servicios Sociales Municipal debe de poseer según la orden de 28 de julio de 2000: Unidad administrativa, Recursos humanos y Técnicos.

- Unidad administrativa: se ocupa de actividades administrativas y de la gestión económica necesaria para el mantenimiento del Centro. Sus tareas son:
 - Tramitar documentos.
 - Registros y archivos.
 - Otros que exija la dinámica.

- El personal que integre los equipos de intervención ostentará, con carácter preferente, la titulación en Trabajo Social, Psicología, Educador social u otras equivalentes.

Con relación al trabajo con familias podríamos aportar algunas pinceladas sobre las funciones de los restantes miembros:

Unidad de Dirección:

La Dirección es la responsable de organizar, de la forma más racional, los recursos de que se disponen, para conseguir con la mayor eficacia y eficiencia posible, los objetivos y las metas que los servicios sociales tienen encomendadas.

FUNCIONES DE LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO

Funciones del Trabajador Social:

- Detección de la demanda.
- Realizar la 1ª entrevista de canalización con la familia.
- Diagnóstico inicial y valoración de la situación familiar.
- Informar y gestionar recursos, excepto de aquellos que sean de carácter educativo o culturales.
- Elaboración con la Educadora familiar del proyecto de intervención .
- Propuesta a la familia de la intervención y firma del contrato, en su caso.
- Concertar reuniones periódicas con la Educadora Familiar de seguimiento de los casos, que serán como máximo cada quince días.
- Establecer junto con el resto del equipo que interviene, reuniones con la familia para intercambiar información, opiniones, analizar los progresos y dificultades que se estén produciendo en el desarrollo de la intervención. .

- Participación con el resto del equipo, en la evaluaciones semestrales y los seguimientos.

Funciones del Educador Familiar:

- Identificar y analizar las carencias socio-educativas que influyen en la vida cotidiana de los menores y de los padres.
- Establecer los objetivos, estrategias y técnicas educativas dirigidas a la familia como respuesta a esas carencias.
- Promover un cambio en las actitudes, hábitos y comportamientos de los miembros de la familia, a través de las actividades grupales y el trabajo en el domicilio (intervención directa).
- Mantener contactos y coordinaciones periódicas con el profesorado, tutores y otros profesionales que interviene en la vida del menor.
- Establecer junto con el resto del equipo que interviene, reuniones con la familia para intercambiar información, opiniones, analizar los progresos y dificultades que se estén produciendo en el desarrollo de la intervención.
- Participación con el resto del equipo, en las evaluaciones semestrales y los seguimientos.
- Elaboración de la Memoria Anual de los casos de Tratamiento Familiar.

Funciones del Psicólogo:

- Diseño y realización de actividades o talleres concretos de carácter grupal-comunitario o individual-familiar relacionados con las áreas a cubrir.
- Establecer junto con el resto del equipo que interviene, reuniones con la familia para intercambiar información, opiniones, analizar los progresos y dificultades que se

estén produciendo en el desarrollo de la intervención, en los casos en que esta intervenga.

- Participación con el resto del equipo, en las evaluaciones semestrales y los seguimientos.

Funciones de la Responsable del Programa:

- Velar por el cumplimiento de los objetivos del programa.
 - Garantizar que circule la información y consulta.
 - Convocar las diferentes reuniones y garantizar su correcta estructura y funcionamiento.
 - Supervisar la organización y planificación de actividades grupales.
 - Elaboración de la Memoria Anual del programa.
 - Elaboración del Programa de Infancia y Familia.
- Recursos Técnicos: Para la prestación de los Servicios se tenderá al uso del material informático en línea con la implantación del Sistema de Información de Usuarios de Servicios Sociales (SIUSS).

EVALUACIÓN

Cada uno de los programas llevados a cabo por parte de los Centros de Servicios Sociales estarán repartidos en responsabilidades en cada uno de los miembros del equipo. Este se reunirá semanal o quincenalmente para llevar un control y seguimiento de estos programas.

Las evaluaciones de las prestaciones básicas en servicios sociales comunitarios se realizarán de una forma general anualmente, donde una vez evaluado todo el proceso se fundamentarán los proyectos del año próximo.

Con relación a la evaluación en el ámbito de la familia de forma general se tendrán en cuenta aspectos cuantitativos

y aspectos cualitativos:

Aspectos Cuantitativos

- Número de familias con carencias de habilidades.
- Número de familias que adquirieron ciertas habilidades.
- Número de familias con poca relación entre sus miembros.
- Número de familias que participaron en actividades comunitarias.
- Número de casos abiertos en el proyecto. Nº de casos cerrados en el proyecto.
- Número total de casos derivados a servicios especializados.
- Número de prestaciones gestionadas. Nº de familias destinatarias de prestaciones.
- Número de familias que se le lleva un seguimiento.
- Número de sesiones individuales y grupales realizadas.
- Número total de casos atendidos al mes.
- Número de padres y madres que demandan el servicio.
- Número de entidades colaboradoras que han participado.

Aspectos Cualitativos

- Grado de participación e implicación.
- Adecuación de la metodología.
- Grado de cumplimiento de los objetivos.
- Adecuación de los contenidos planteados.
- Nivel de modificación de actitudes ¿se ha mejorado la problemática?
- Nivel de colaboración de las entidades y colectivos de la zona.

- Tipología de las familias intervenidas.
- Tipología de los menores atendidos.
- Actitudes de los usuarios hacia el Centro de Servicios Sociales y hacia el Equipo.
- Funciones desarrolladas por los miembros del equipo.

Estas evaluaciones anuales se realizan para conocer las incidencias reales de nuestra intervención sobre medios familiares desestructurados y sirven para definir con mayor precisión, las funciones comunes y específicas de cada miembro del equipo.

Los instrumentos que se utilizan para la evaluación serán:

- Observación.
- Notas de campo y diario del educador.
- Fichas de seguimiento.
- Registro de asistencia.

Conclusiones

Una vez desarrollado y expuesto un planteamiento teórico de trabajo, podemos concluir diciendo que el trabajo con familias puede presentar grandes dificultades si no existiera, dentro de cada disciplina que participa en la intervención, una conceptualización clara de la familia y del proceso de ejecución del proyecto de trabajo, con un mismo planteamiento y un único objetivo; **la autonomía** de los individuos, grupos y comunidad, olvidando la idea asistencial (tan importante hasta un momento pero ineficaz en la actualidad), y teniendo un planteamiento de partida en los que los propios individuos, sean los protagonistas activos en sus propios cambios; por lo que desde la entrada en el Sistema público de Servicios Sociales (Comunitarios) siempre pueda existir una salida (auto-suficiencia). Desde esta idea siempre conseguiremos que no se produzca un enquistamiento en el trabajo y la llamada cronicidad en los Servicios Sociales.

En esta línea, debemos partir de objetivos a corto, medio y, básicamente a largo plazo para poder hacer una valoración real y objetiva sin perder de vista que cualquier elemento o factor puede desencadenar nuevas situaciones objeto de nuevas intervenciones tanto en el tiempo como en la forma. Todo esto es posible si se marcan unos objetivos de intervención a corto plazo y una evaluación continua para plantear un feedback permanente, cambiando las estrategias en cualquier momento. Además ir incluyendo una intervención a nivel grupal, donde se pueda reforzar el trabajo individual.

Desde esta perspectiva, actualmente la intervención familiar ante las necesidades actuales es un recurso en sí, en el que la idea primordial es el trabajo en la prevención, dejando en un segundo plano el recurso económico (ayudas complementarias).

Los profesionales que exponemos alentamos a que se siga en la línea anteriormente descrita, ya que así podremos conseguir un Servicio Público de calidad donde se olvide definitivamente la idea asistencialista y apostar más por las potencialidades de cada uno de los miembros que componen las familias objeto de intervención.

Bibliografía

- BOULIN, Gerald y DURNING, Paul. *Intervención Socioeducativas en el Medio Familiar*.
- COLÓN CAÑELLAS, A. Et al. *Modelos de Intervención Socio-educativa*.
- GARCÍA ALBA, J. y MELIAN MERIAN, J. *Hacia un nuevo enfoque del Trabajo Social*.
- RÍOS GONZÁLEZ, J.A. *Manual de Orientación y Terapia Familiar*. Revista de Documentación Social Cáritas. La Familia, 1994.

Programa de Educación
para la Salud en
el municipio de
Cuevas de San Marcos.

El equipo de salud del municipio de Cuevas de San Marcos detecta en su trabajo diario que la población realiza una inadecuada utilización de los servicios sanitarios.

Ante esta situación se plantea una intervención basada en la organización e implicación de la comunidad en la resolución de sus propios problemas; y se desarrolla un programa de educación para la salud dirigido a diversos sectores de la población.

M^a CARMEN RODRÍGUEZ GONZÁLEZ
M^a TERESA PAREJO SERRANO
Trabajadoras Sociales

1. INTRODUCCIÓN

El equipo de salud del municipio de Cuevas de San Marcos, está compuesto por dos Médicos, dos Enfermeros, un Auxiliar Administrativo. Además, un Trabajador Social, un Pediatra y una Matrona a tiempo parcial. En su trabajo diario con la población de este municipio se detecta que ésta realiza una inadecuada utilización de los servicios sanitarios: masificación en consultas, demandas excesivas, consultas injustificadas y dependencia de los servicios sanitarios.

Esta situación ha llevado a una incomunicación importante entre dicho equipo y la población, que se manifiesta en un descontento generalizado de la comunidad con respecto a los servicios sanitarios.

Una valoración inicial del equipo de salud plantea que la causa puede estar en el bajo nivel de educación sanitaria que posee la población.

A raíz del problema detectado y con el fin de realizar un diagnóstico inicial se inicia un análisis de necesidades.

Las técnicas utilizadas para realizar el análisis son dos:

1. Aplicación de Técnica Nominal.
2. Aplicación de la Técnica de Variables Pareadas.

El equipo de salud identifica las redes sociales y líderes de la comunidad y convoca a estos líderes a una reunión.

La selección de estas personas claves se realiza con los siguientes criterios:

- Alcalde del municipio y representante de grupos políticos.
- Representantes de las instituciones existentes: colegio, guardería, instituto...

- Representantes de asociaciones existentes tales como de mujeres, mayores y de jóvenes.
- Representantes de ONG.
- Otros de especial relevancia por su situación estratégica como por ejemplo, auxiliar de farmacia.

Se convoca telefónicamente a estas personas a una reunión inicial, explicándoles el motivo de la misma:

"Identificar los problemas de salud que detectan ellos con el fin de buscar soluciones conjuntas".

Aplicada la Técnica Nominal (anexo 1) se priorizan diez problemas de salud.

En reunión del equipo de salud, se aplica la técnica de las variables pareadas para determinar la prioridad en la intervención, planteándose como prioritario un proyecto de intervención de educación para la salud.

Con el fin de hacer copartícipe a la población, desde un principio, en la resolución de los problemas a través de sus representantes, se convoca a estos a una segunda reunión donde se introduce y trasmite información sobre la organización general de los servicios sanitarios en Andalucía. Se les introducen las líneas de intervención para la resolución de los problemas planteados por ellos. Nueve de ellos con soluciones de carácter administrativo (atención domiciliaria, paneles de horarios de servicios, cita previa...) y el décimo de educación sanitaria.

2. DESARROLLO:

PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD EN EL MUNICIPIO DE CUEVAS DE SAN MARCOS.

1. ENUNCIADO DEL PROGRAMA.

Desarrollo de un programa de educación para la salud en el municipio de Cuevas de San Marcos.

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PROGRAMA:

NOMBRE DEL PLAN CON EL QUE SE RELACIONA EL PROGRAMA:

Plan de Intervención Comunitaria en el Municipio de Cuevas de San Marcos.

NOMBRE DEL PROGRAMA:

Educación Sanitaria en el Medio Rural.

CÓDIGO PLAN

Plan de intervención comunitaria (PIC). Nº: 5 Educación para la salud(EPS) /2001.

- PIC:5 (EPS) / 2001.-

RESPONSABLE DEL PROGRAMA:

Dispositivo de apoyo socio-sanitario del Distrito Sanitario de Antequera

Equipo: equipo sanitario de la localidad.

Secretario: auxiliar administrativo de la localidad.

3. JUSTIFICACIÓN.

Actualmente, observamos en la realidad que vivimos hechos, acontecimientos y procesos de vida, que influyen en el nivel de salud de las personas y globalmente en la salud de los grupos o comunidades. Aparecen problemas en torno a formas de expresar la vida de algunos colectivos específicos y surgen consecuencias especialmente graves personales y sociales. La educación sanitaria puede influir favorablemente en estas situaciones especialmente patógenas.

“La salud para todos pasa por la Educación para la salud desde los Centros sanitarios” (O´Byrne Desmond, especialista en EPS de la OMS, Ginebra. Suiza)

Para mantener el nivel de salud se requiere un protagonismo, una acción, hacer elecciones razonables y razonadas.

La educación para la salud es una realidad que responde a las necesidades y a la posibilidad objetiva de adoptar comportamientos positivos en lo relativo a la salud. Significativamente, también es adquisición de una actitud preventiva y de toma de decisiones conscientes y coherentes en cuanto a la defensa y promoción de dicha salud, tales como la solicitud, la correcta utilización de los servicios sanitarios y la maduración de individuos capaces de evaluar factores de riesgo y capaces de trabajar por la mejora del contexto (Mori, 1991)

La educación sanitaria es también un indicador de calidad de servicio. Trabajar en educación para la salud permite mejorar las relaciones y adquirir una mayor madurez. Una intervención eficaz y eficiente es en sí educativa, favoreciendo comportamientos positivos.

La educación para la salud es, ante todo, un proceso de comunicación. Un conjunto de acciones dirigidas a que los individuos y sus familias desarrollen conocimientos, habilidades, destrezas y actitudes que permitan cumplir de forma habitual la

responsabilidad del cuidado de su salud, incrementar la salud positiva, disminuir los riesgos, prevenir los daños, hacer uso adecuado de los servicios de atención y participar en el manejo de los daños a la salud.

Algunas veces, sólo, es la falta de información lo que impide que las personas tomen la acción necesaria. Sin embargo, los datos por sí solos no siempre constituyen las respuestas. Las ciencias sociales han mostrado de forma clara que el comportamiento humano es afectado por una multitud de fuerzas, además del conocimiento. El educador para la salud sabe que las personas aprenden considerando y estudiando sus propios problemas.

Conseguir la participación de la comunidad es el elemento clave para conseguir una buena intervención en educación sanitaria.

Participar consiste en autorresponsabilizarse en las tareas colectivas, interesarse por aquellos aspectos, en este caso, de la educación para la salud; tener una información y formación para opinar con conocimiento e intervenir. La participación no es un fin, es un medio con el que se condiciona el proceso del que forma parte, hasta el punto de que una intervención participativa en libertad y con intervención de los distintos sectores de la comunidad, es cualitativamente distinta y, sobre todo, más completa.

Todos los sectores tienen que sentirse protagonistas. Hay que identificar los problemas entre todos y asumir nuestra parte de responsabilidad y de trabajo en los mismos.

La información, junto con la formación, son dos de las claves importantes de la intervención comunitaria en este proyecto "Educación para la Salud", ya que sin ellas no es posible una participación efectiva de los grupos, colectivos e instituciones en las acciones diseñadas.

4. GRUPOS DE INCIDENCIA CRÍTICA.

- Padres de niños de 0 a 3 años.
- Alumnos de Educación Infantil, Primaria y Educación Secundaria Obligatoria.
- Mujeres con edades comprendidas entre 40 y 60 años.
- Personas con más de 60 años.

5. CARACTERÍSTICAS DEL CONTEXTO.

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL MUNICIPIO DE CUEVAS DE SAN MARCOS.

Cuevas de San Marcos es un municipio de la provincia de Málaga. Abarca una extensión de 37´54 kilómetros cuadrados y un censo de 4.070 habitantes, según el último padrón. Situada a 98 kilómetros de la capital y a 40 kilómetros de Antequera (Málaga). Ocupa una posición marginal respecto a las vías de comunicación de mayor importancia.

Sanitariamente, pertenece a la Zona Básica de Salud de Archidona.

5.1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS.

Tasa de mortalidad y natalidad.

La tasa de mortalidad es de 8´8 por 1000 y una tasa de natalidad de 10´5 nacimientos por 1000.

Envejecimiento progresivo de la población.

El 21´2 por ciento de la población es mayor de 65 años, repartiéndose desigualmente según sexos (58 % mujeres y 42 % hombres) lo que supera ampliamente la media andaluza (13´12 %).

Población Activa.

En edad de trabajar se encuentra el 50 por ciento de la población, siendo el sector agrícola el que centra la ocupación, fundamentalmente.

6. ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD Y ENFERMEDAD

Esperanza de vida.

La media de la esperanza de vida al nacimiento es de 77´47 años (para ambos sexos), siendo de 81´01 años para las mujeres y de 73´83 años para los hombres.

Principales causas de muerte.

Por el alto porcentaje de población envejecida, reseñamos los datos relativos a las tres primeras causas de muerte para la población mayor de 65 años en Andalucía, siendo las enfermedades cardiovasculares la primera causa, seguida a gran distancia por tumores y enfermedades del aparato circulatorio.

Dependencia:

Un 10 por ciento de la población mayor de 65 años presenta algún tipo de dependencia. La incapacidad que más les afecta es la física (ACV, parálisis...) a veces acompañada de deficiencias psíquicas (demencias, alzheimer..) o sensoriales.

El perfil de los cuidadores se corresponde con mujeres de 30 a 60 años con hijos, que en ocasiones han tenido que abandonar su trabajo remunerado para afrontar esta situación.

En cuanto a la sobrecarga del cuidador, sólo un 12´2 por ciento presenta sobrecarga leve (Escala Zarit). Esto se explica por el factor cultural, socialmente aceptado, de la obligación por parte de la mujer en el cuidado de los incapacitados.

7. CONTENIDOS: CRITERIOS DE VALIDACIÓN.

El proyecto surge a iniciativa del equipo sanitario del municipio ante la necesidad detectada de utilizar correctamente los servicios sanitarios.

En el desarrollo de la educación para la salud se tratarán con la población los siguientes contenidos:

- Autocuidado en mayores.
- Educación para la salud infantil.
- Educación sexual con jóvenes.
- Educación para la salud en el Climaterio.
- Mejora de los hábitos alimenticios en la población infantil.
- Cuidar al cuidador.

Utilizando como medio para la intervención los recursos organizados de la comunidad se realizarán intervenciones grupales en los distintos contenidos a desarrollar. Se utilizará como estrategia la organización de grupos de trabajo.

Los grupos se realizarán en locales de la comunidad con disponibilidad adecuada de espacio y accesibles a la población. Cada intervención grupal tendrá un número determinado de sesiones, que dependerá de los objetivos operativos de la misma. Y serán previamente protocolizadas.

Serán utilizadas técnicas de dinámica grupal que faciliten y potencien la participación, tales como Rolfe playing, tormenta de ideas, fotogramas y dramatizaciones.

La captación de la población susceptible de participar en cada taller se realizará a través de los programas de salud, redes de la comunidad y medios de comunicación.

En los grupos podrán participar entre veinte y veinticinco personas. La dinámica de los grupos será abierta y flexible. Se

utilizará una metodología bidireccional que posibilite la participación.

En el desarrollo de los proyectos se especificará las técnicas concretas que se utilizarán para facilitar el cambio de opiniones en las distintas sesiones a realizar y que pretenden favorecer:

- La implicación personal y la participación activa, junto con la necesidad de argumentar las propias ideas que obligan al individuo a reflexionar sobre su conducta.
- El diálogo interpersonal, que fomenta la escucha comprensiva, el análisis y la crítica y refuerza la aceptación de los otros y de sí mismo.
- El potenciar la maduración personal y social.
- La cohesión de los grupos que se constituyen en una unidad que apoya, facilitando el cambio de actitud.

8. CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN O TAXONÓMICOS.

Teniendo en cuenta los diferentes dominios que han de darse en el ser humano, los niveles de clasificación elegidos son:

- CONCEPTOS
- PROCEDIMIENTOS
- ACTITUDES.

Se utilizará también en el dominio cognoscitivo la Taxonomía de Bloom basada en el principio de complejidad creciente. El conocimiento, en su expresión más simple, es el primer nivel; y el último nivel supone el análisis crítico de una información.

CONOCIMIENTO: adquisición de conocimientos.

COMPRENSIÓN: significa poder resumir la información

APLICACIÓN: cuando se conoce una información puede aplicarse a una situación real.

ANÁLISIS: una vez que se comprende, se puede aplicar el conocimiento; a continuación se puede analizar y descomponer. Se pueden clasificar los distintos elementos del conocimiento según una jerarquía o según las similitudes o las diferencias.

SÍNTESIS: la síntesis es la integración de los distintos aspectos que han llevado al resultado del análisis.

EVALUACIÓN: la evaluación es el análisis continuado a partir de criterios específicos; estos criterios se escogen en función de la síntesis realizada en el nivel anterior.

9. OBJETIVOS GENERALES.

- Concienciar a la comunidad de la importancia de su participación activa en el proceso de salud.
- Desarrollar conocimientos, habilidades y destrezas necesarias para promover estilos de vida saludables, con el fin de preservar, proteger y recuperar la salud individual, familiar y comunitaria
- Crear hábitos de vida adecuados que repercutan en la salud individual y comunitaria.

10. MODALIDAD DE ENSEÑANZA.

Presencial, dinámica y abierta.

11. CALENDARIO.

Fecha de inicio: Enero 2001

Fecha de finalización: Junio 2001

Revisión y actualizaciones trimestrales: primera revisión: marzo 2001

12. NÚMERO DE PROYECTOS:

Seis proyectos:

- P1.- Proyecto de autocuidado para personas mayores.
- P2.- Proyecto de educación para la salud infantil.
- P3.- Proyecto de educación sexual con jóvenes.
- P4.- Proyecto de educación para la salud en el climaterio.
- P5.- Proyecto de mejora de hábitos alimenticios en la población escolar.
- P6.- Proyecto para cuidar al cuidador.

13. METODOLOGÍA: PRINCIPIOS DE FORMACIÓN.

El modelo de educación para la salud representa, en forma esquemática, los elementos metodológicos y las cinco premisas sobre las cuales se sustenta el proceso educativo: integral, funcional, participativa, democrática y transformadora.

MEDIOS O RECURSOS.

- **HUMANOS:** profesionales de la salud y población en general, según los niveles de incidencia especificados en el proyecto.
- **MATERIALES:** locales de la comunidad que faciliten el desarrollo de los programas.
- **DIDÁCTICOS:** materiales audiovisuales, material impreso e informático.

14. EVALUACIÓN:

Responsable: equipo de salud del municipio y dispositivo de apoyo socio-sanitario.

MOMENTOS:

- Inicial: resultados del análisis de necesidades.
- Continua: desarrollo y ejecución de los proyectos de acuerdo a lo planificado.
- Final: a través de los resultados obtenidos en los distintos proyectos.

ASPECTOS A EVALUAR:

- A) PROCESO: se evaluará a la población que ha participado en el programa, los talleres desarrollados, los métodos aplicados, el tiempo de la ejecución y los materiales utilizados.
- B) RESULTADOS: mejoras en la calidad de vida.
- C) IMPACTO: conocimientos alcanzados, cambios de actitud, desarrollo de habilidades, etc.

3. CONCLUSIONES:

1. Cinco de los seis proyectos planificados han sido ejecutados en la fecha prevista.
2. Se han elaborado los protocolos teóricos de estas intervenciones educativas, que pueden servir de referencia para futuras actuaciones en los distritos, si así se estima oportuno.
3. Las intervenciones realizadas han influido positivamente en mejorar la relación entre la población y el equipo de salud, observándose un acercamiento y un cambio cualitativo en las relaciones.
4. La intervención ha posibilitado el que la población capte y vea desarrolladas "in situ". Otras de las funciones del equipo de salud ha sido la de promover y realizar educación sanitaria.
5. Al fin de la intervención se constata que implicar a la población en la identificación de sus problemas es una de las vías más acertadas para la resolución de los mismos.
6. Los Trabajadores Sociales continúan teniendo en la organización de la comunidad y en su participación, un recurso que pueden utilizar en la resolución de los nuevos problemas de salud que afectan a la población.
7. Para el desarrollo de programas de EPS el dispositivo de apoyo socio-sanitario es un recurso actual del sistema sanitario, por sus conocimientos, habilidades y actitudes, así como por su situación en el sistema. Contribuye a una comunicación más eficaz entre el equipo y la comunidad, desarrollando así una de las funciones principales que le establece la orden 2 de septiembre de 1985.

8. Los Trabajadores Sociales, encuadrados en el dispositivo de apoyo socio-sanitario continúan aportando sus conocimientos psicosociales al binomio salud-enfermedad, a través de sus funciones principales que son la preventiva y la educadora, y a través de sus niveles de intervención individual, grupal y comunitario, adaptándose a las nuevas normativas del Servicio Andaluz de Salud (Ley de Salud 15/6/98, Plan estratégico, II Plan Andaluz de Salud, Cartera de servicios...).
9. Y por último, hay que mencionar que el dispositivo de apoyo socio-sanitario ha podido desarrollar la tarea de orientar al equipo de salud y movilizar los recursos de la comunidad para la consecución de unos objetivos.

ANEXOS

ANEXO 1.

TÉCNICA DEL GRUPO NOMINAL:

Esta técnica es uno de los procedimientos más idóneos y más democráticos para identificar necesidades y recursos.

Mediante el uso de esta técnica es posible lograr los siguientes objetivos:

- a) Posibilitar y aumentar la participación individual y grupal en las fases de investigación, diagnóstico y programación.
- b) Contribuir al desarrollo de la percepción de las necesidades y problemas del grupo.
- c) Aprender a establecer prioridades entre los problemas que se confrontan.
- d) Promover la movilización de la gente para que intenten resolver sus propios problemas.

PROCEDIMIENTO:

- 1) Explicar el motivo de la técnica y su procedimiento.
- 2) Se entrega la hoja con la pregunta pidiéndoles que la contesten por escrito .
- 3) Individualmente, cada uno anota sus respuestas.
- 4) Se van anotando las diferentes respuestas. Se solicita que cada participante seleccione los 10 ítems que considere más importantes, asignándoles un número del 1 al 10 para ordenarlos según su importancia

Como resultado de esta tarea queda escrita una lista de todos los miembros del grupo, una lista de problemas. Estos problemas están ordenados según la importancia. El resultado final es la importancia que le otorga el grupo, pero expresando la opinión personal de cada uno, opinión que también es fruto de la discusión grupal.

4. BIBLIOGRAFIA

- AMEZCUA C. y JIMÉNEZ A. *Evaluación de programas sociales*. Ed. Díaz de Santos, 1996.
- CASTELL E. *Los grupos de formación y la educación para la salud*. Barcelona: Biblioteca Universitaria, 1988.
- ESPINOSA ALMENDRO J.M. *Atención al mayor en medicina familiar*. Granada: Edita SAMFYC, 1997.
- GARCÍA VÍVEROS M. *Salud comunitaria y promoción de salud*. Las Palmas de Gran Canaria: Icepss Editores, A.L, 1999.
- GREENE W. H. *Educación para la salud*. México: Ed. Nueva Editorial Interamericana, 1988.
- INSERSO. Subdirección General de Servicios Técnicos. Servicios de Estudios. Cuidados en la Vejez. Madrid. Ministerio de Asuntos Sociales, 1995.
- Los Servicios Sociales en la Diputación de Málaga. Área de Bienestar Social. Exma. Diputación de Málaga.
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. "Cuando las personas mayores necesitan ayuda". Madrid, 1998
- OMS. "Educación para la salud. Manual para la educación sanitaria en APS". Ginebra, 1989.
- ROCHON A. *Educación para la Salud. Guía practica para la realización de un proyecto*. Barcelona. Ed. Masson-SG, 1991.
- SAS. "Guía de atención a la salud del anciano". Sevilla: Dirección General de Asistencia Sanitaria, 1992.
- Segundo Plan Andaluz de Salud. Junta de Andalucía. Consejería de Salud. Dirección General de Salud Pública y Participativa.
- SERRANO GONZÁLEZ M.I.. *Educación para la salud en el siglo XXI*. Segovia: Ed Díaz de Santos, 1998.

Programa de Educación
para la Salud (EPS)
Dirigido a mujeres
en el climaterio.
Distrito Sanitario de
Atención Primaria
de Antequera.

Este programa se desarrolla en el Distrito Sanitario de Atención Primaria de Antequera, desde el año 1999. Hasta la fecha, se han realizado doce grupos de Educación para la Salud con mujeres en el Clímatario, en las cinco zonas de salud que componen el distrito.

Han participado en los grupos un total de ciento noventa y cinco mujeres pertenecientes a los municipios de Antequera, Campillos, Almargen, Teba, Cañete la Real, Sierra de Yeguas, Cuevas de San Marcos y Valle de Abdalajís.

Todos los grupos han sido valorados, conforme a los criterios de evaluación del programa, con resultados altamente satisfactorios. Estos efectos serán objeto de nuevas publicaciones.

Principalmente interesa, al grupo de trabajo en una primera fase, dar a conocer este programa, para su utilización por otros profesionales socio-sanitarios.

Para la realización de estos planteamientos, se ha dispuesto de materiales didácticos de apoyo a las sesiones que actualmente están en proyecto de edición y publicación.

Ma CARMEN RODRÍGUEZ GONZÁLEZ
Trabajadora Social
FRANCISCA GUERRERO GONZÁLEZ
Matrona
JOSÉ LUIS AGUILERA RODRÍGUEZ
Enfermero
MANUEL BERNAL PÁEZ
Médico

JUSTIFICACIÓN:

La Atención Primaria de Salud (A.P.S.) se encuentra en el lugar idóneo para realizar un abordaje integral al Climaterio, y poner en funcionamiento Programas de Educación para la salud (EpS) que hagan participar a las mujeres. Ellas son las verdaderas protagonistas de un proceso de cambio y desarrollo hacia niveles más altos de bienestar físico, psíquico y social dentro de su propio entorno social.

La mujer debe conocer los cambios inherentes a esta etapa de su vida y las consecuencias que de ella pueden derivarse para la calidad de ésta.

En la mayoría de las ocasiones, la simple adopción de hábitos vitales más saludables es suficiente para contrarrestar los problemas provocados por el déficit estrogénico.

El Servicio Andaluz de Salud (SAS), en la Cartera de Servicios de Atención Primaria, contempla la Atención al Climaterio definiendo ésta como: "atención sanitaria que se oferta a las mujeres que están fuera de la edad fértil, con el objetivo de mejorar su calidad de vida con acciones de promoción de la Salud, prevención y control de riesgos y actividades asistenciales, de manera coordinada y protocolizada con la Asistencia Especializada". Esto comprende:

- Información a las mujeres sobre los cambios del climaterio.
- Fomentar hábitos saludables: dieta, ejercicio físico, etc.
- Valoración del estado de salud y factores de riesgo.
 - Valoración de síntomas de deprivación hormonal
 - Valoración de riesgo de osteoporosis.
 - Metrorragias en mujeres post menopausias.
- Prevención de Cáncer de mama.

Además de la información individual en consulta, se pueden organizar sesiones educativas en grupo para promover la salud.

Es en este punto de atención al climaterio donde se incluye el siguiente programa, cuya finalidad es elevar el nivel de salud de la mujer mediante acciones de promoción, prevención y recuperación de la ésta, en coordinación con los otros niveles de atención y con la participación activa de la población.

Insistir en la conveniencia de informar y modificar hábitos de vida es misión importante en la atención primaria

OBJETIVO GENERAL

Transmitir conocimientos que permitan adquirir destrezas y habilidades adecuadas para vivir la etapa del climaterio de una forma saludable y positiva, modificando hábitos y actitudes nocivas a la salud.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Concienciar a las mujeres de la importancia del ejercicio físico, como base para una vida sana.
- Enseñar una correcta higiene postural a la hora de realizar actividades cotidianas (planchar, coger peso...)
- Fomentar que las mujeres de forma diaria realicen 20 minutos de ejercicio.
- Dar a conocer diferentes Terapias Naturales .
- Enseñar a preparar y utilizar las diferentes Terapias Complementarias.
- Dar a conocer a las menopáusicas los cambios físicos y emocionales que se producen en su organismo.
- Explicar a las mujeres que la menopáusica es una etapa más dentro del ciclo vital de la mujer.

- Explicar las bases de la fitoterapia para aliviar la sintomatología climatérica.
- Dar a conocer las ventajas y precauciones de la Fitoterapia.
- Promover hábitos saludables de alimentación en la menopausia.
- Dar a conocer la importancia de una ingesta adecuada en calcio para prevención de determinadas enfermedades (osteoporosis, fracturas...)
- Identificar hábitos poco saludables.
- Conocimiento de las nociones fundamentales para elaborar una dieta equilibrada, así como sus beneficios.
- Ofrecer a las mujeres experiencias sobre la vivencia positiva del climaterio.
- Fomentar medidas preventivas que permitan mejorar el nivel de vida.
- Dar a conocer el T.H.S y los SERM.
- Informar a las mujeres sobre los medios que existen para vivir una sexualidad sana y placentera.
- Dar solución a problemas o disfunciones sexuales relacionadas con el climaterio.
- Prevención posibles embarazos no deseados.
- Tomar conciencia de que las vivencias personales y familiares repercuten en la salud y en las relaciones sociales.
- Enseñar el plan de acción para fomentar la higiene mental y armonía interior.
- Informar de los recursos sociales existentes para mejorar y mantener las relaciones sociales y los recursos específicos en materia de mujeres ante determinadas problemáticas.

POBLACIÓN DIANA

El programa esta dirigido a todas las mujeres en edad perimenopáusica. Con franja de edad comprendida entre cuarenta y sesenta años, permitiendo abarcar las diversas experiencias a lo largo de esa etapa. Los criterios de inclusión son:

- Menopausia precoz.
- Menopausia quirúrgica.
- Sintomatología climatérica.
- Estado preclimaterico.
- Menopausia de instauración reciente.

La captación de mujeres se realizará a través de:

- Captación directa en las consultas del Centro de Salud.
- Derivadas de Programas de Salud.
- A demanda de las propias interesadas.
- A través de las redes sociales de la Comunidad (Asociaciones de mujeres, Servicios Sociales y Centros de Adultos)
- Con apoyo de técnicas de movilización (carteles, octavillas...).

FACTORES TERAPÉUTICOS DEL GRUPO

El proceso general de cambio utilizando métodos de grupo es justificado por los factores terapéuticos que el propio grupo ejerce sobre sus miembros.

Estos efectos terapéuticos, según las líneas de Y. Yalom (1986) son:

- **Infundir esperanza:** de que se puede cambiar y de que el grupo puede ser el responsable de tal cambio.

- **Universalidad:** la mayor parte de las mujeres con las que se va a trabajar, pueden vivir con sentimientos de aislamiento y soledad, siendo muy frecuente que piensen que son únicas en su "sufrimiento". El participar en un grupo y comprobar que tienen experiencias similares, que no está sola y que las otras tienen problemas como los suyos, hace que se sientan acompañadas y obtengan gran alivio al poder superar ese sentimiento de "única en sufrimiento" que tenían.
- **Compartir información:** facilitada en parte por el conductor o conductora del grupo o por los propios miembros del éste.
- **Altruismo:** en la estructura grupal, las mujeres se prestan una enorme ayuda. Comparten problemas similares y sirven unas a otras de reaseguramiento, sugestión y apoyo. Este mecanismo estaría basado en el "yo puedo ser útil a otros, luego soy valioso" (S.Bloch 1986)
- **Desarrollo de técnicas de socialización:** el propio grupo puede servir como lugar de aprendizaje y entrenamiento de esas técnicas.
- **Conducta imitativa:** estamos ante el aprendizaje social de Bandura, se trata pues de un aprendizaje vicario, es decir, que las mujeres se identifican con modelos de conducta de las otras participantes.
- **Catarsis:** entendiéndolo por tal, la ventilación de emociones. Lo que resulta terapéutico es el hecho de poder compartir emociones profundas con las otras mujeres y sentirse aceptada.
- **Aprendizaje interpersonal:** a través del grupo y de la relación entre sus integrantes, éstas tendrán acceso a comprender sus comportamientos, motivaciones.

CONSIDERACIONES PARA LA FORMACIÓN DEL GRUPO

Existen varios aspectos a tener en cuenta en el momento de formar el grupo y que pueden afectar a la vida posterior del mismo.

El conductor o conductora tiene que tener decidido el lugar de ubicación, la duración y frecuencia de las sesiones, el tamaño del grupo y la selección de los miembros.

Algunas propuestas en estos aspectos son:

La habitación donde se lleven a cabo las sesiones debe tener unos 20-25 m², estar lo más insonorizada posible, pintada con colores cálidos, sin objetos de decoración que puedan distraer la atención, con las sillas similares y dispuestas en círculo.

Un aspecto muy importante para la vida del grupo a tener en cuenta, es el de la selección de miembros. Por este motivo, se considera fundamental, que una vez que se han captado a las mujeres susceptibles de inclusión en el programa, se realice una entrevista con la finalidad de conocer algunas de sus características individuales y socio-familiares y, en particular, cómo se sienten ante la idea de participar en un grupo.

No se aconseja incluir en el grupo mujeres con algún tipo de patología psiquiátrica grave.

Asimismo, durante la entrevista se facilitará a cada una la información relativa a la ubicación de las sesiones, duración, frecuencia, objetivos y metodología. De este modo, se asegura que todas lleguen al grupo con el mismo nivel de información respecto al programa.

METODOLOGÍA DE TRABAJO

La metodología utilizada se basa en la participación y utilización de técnicas propias de la dinámica grupal de apoyo, pues los objetivos fijados para este programa enlazan con los objetivos que son fundamentales en este tipo de psicoterapia:

- Favorecer el mejor funcionamiento psicológico y social posible, restaurando y estimulando sus habilidades para manejar su vida.
- Estimular su autoestima y autoconfianza.
- Hacer percibir sus propias capacidades y limitaciones.

Para la consecución de estas metas se recurre a una serie de elementos técnicos y específicos de la psicoterapia de apoyo (Bloch S. 1986).

- **Reaseguramiento:** al menos en dos formas, o bien, resolución de dudas o concepciones erróneas, mediante la información del conductor o conductora, o bien, utilizar el *Feedback* del grupo, para descubrir las capacidades reales y habilidades de cada una.
- **Explicaciones:** entendida como la capacidad para hacer más clara la naturaleza de los problemas con los que se enfrentan y cómo pueden encontrar la mejor manera de resolverlos.
- **Sugestión:** es decir estímulo, apoyo, de refuerzo de conductas apropiadas.
- **Directividad:** o guía, entendida como la meta del conductor o conductora centrada en capacitar a la mujer en las habilidades sociales necesarias para enfrentarse a los problemas propios de esta etapa.

- **Estimulación:** lo que se pretende con esta técnica es combatir sentimientos de inferioridad, promover la autoestima y ayudar que las mujeres puedan adoptar conductas constructivas.

En cada una de las sesiones y dependiendo de la dinámica que se va generando por el propio grupo, se pueden utilizar diversas técnicas grupales: Roll Playing, Tormenta de Ideas, Fotogramas y Dramatizaciones.

La educación sanitaria implica un cambio de actitud. Para conseguirlo es necesario conocer las creencias que, sobre esta etapa de la vida (climaterio), mantienen las propias mujeres. Sólo conociéndolas podremos abordarlas de forma integral, favoreciendo así su participación en el proceso educativo.

- Los grupos de mujeres climatéricas deberán ser homogéneos, con motivación de las participantes hacia el grupo, y con un número máximo de quince y veinte mujeres en cada grupo.
- La información, en la parte teórica de las sesiones, se transmitirá concisa y clara. Deberá utilizarse una metodología bidireccional que posibilite la participación.
- Se debe utilizar un lenguaje claro y adaptado al nivel cultural del grupo, con el fin de facilitar su comprensión.
- Las dinámicas grupales especificadas en cada sesión permitirán favorecer la interpretación.

Se debe entregar folletos informativos que servirán de refuerzo al tema explicado.

- Se utilizarán mensajes positivos para incrementar la motivación de la mujer.
- La evidencia muestra que los enfoques negativos como las críticas o censuras consiguen poco. Merman la confianza, siendo ésta un elemento esencial en la tarea de educar.

- Los profesionales que participan en el desarrollo de las sesiones son Trabajadora Social, Matrona, Enfermero y Médico. La función de coordinador la ejerce la Trabajadora Social, tanto de coordinación del grupo de docentes, como de enlace de las partes teórica y práctica de cada sesión y ser el referente del grupo de mujeres durante todo el proceso grupal.

ESTRUCTURA DE LAS SESIONES

El programa consta de doce sesiones. Las sesiones tienen una duración de dos horas cada una y se realizan con una periodicidad semanal. El grupo se mantiene en torno a los tres meses.

En la primera parte de cada sesión (primera hora) se plantea el contenido del tema a tratar, permitiendo la fluidez de ideas y opiniones sobre el tema.

En una segunda parte se facilita una serie de informaciones, para ser contrastadas con las vivencias y creencias individuales y del grupo, con el fin de establecer un debate que amplíe y profundice en el tema y en la búsqueda de soluciones.

En la segunda hora se dedica tiempo a desarrollar el ejercicio físico y la relajación.

CONTENIDOS DE LAS SESIONES

PRIMERA PARTE:

- Definición de términos: Climaterio, Menopausia, Perimenopausia,
- Fisiopatología: Cambios físicos, psíquicos y sociales, sintomatología.
- Terapia Natural y Fitoterapia. Aromatoterapia, hidroterapia, masajes.

- Alimentación: dieta mediterránea, dieta equilibrada, preparación de dietas, higiene alimentaria.
- Medidas Preventivas: Osteoporosis. Prevención del cáncer, revisiones ginecológicas, autoexploración de mamas...
- Tratamiento Farmacológico en el Climaterio: THS, SERM (Indicaciones y contraindicaciones).
- Autoestima. Concepto, pensamientos y sentimientos, asertividad.
- Sexualidad.
- Relaciones y Recursos sociales: cambio de roles en esta etapa, reparto responsabilidades y ocupación del tiempo libre.

El orden en que se aborden estos temas en cada una de las sesiones está protocolizado y estructurado (objetivos específicos, contenidos, actividades y recursos), pero se ven adaptados a las características de cada grupo.

SEGUNDA PARTE:

Ejercicio físico

- Ejercicios de coordinación.
- Ejercicios de relajación.

Relajación

- Sofronización simple

Técnicas relajación progresiva para los distintos grupos musculares.

Las sesiones de ejercicio físico y relajación igualmente están protocolizadas por sesiones.

RECURSOS

- HUMANOS:
 - Equipo de salud. (Matrona, enfermero, médico y Trabajador Social)
 - Mujeres en edad climatérica.
- INSTITUCIONALES:
 - Ayuntamientos (Concejalías de Salud, Cultura y Deportes de los municipios de la zona donde se desarrolle el programa).
 - Otras redes sociales (Asociaciones de mujeres, Centros de Adultos...)

EVALUACIÓN

Con la evaluación termina el proceso de intervención. Es realizada por los profesionales que participan en el Programa y por las propias mujeres.

MOMENTOS DE LA EVALUACIÓN:

- Fase Inicial o de diagnóstico:

* Un primer cuestionario se pasa en la entrevista previa a la creación del grupo, para conocer las características individuales socio-sanitarias de las mujeres y la información y vivencia que tienen con respecto al climaterio.

Los detalles que se recogen son:

- Estado civil
- Número de hijos y edad
- Nivel de estudios
- Ocupación
- Con quién convive. Familiares a su cargo

- Datos de salud. Alteraciones físicas o psíquica y medicación. Índice de Kupperman.
- Información que tienen respecto al climaterio y como sienten o vivencia estos cambios.

* Un segundo cuestionario de conocimientos y actitudes se aplica al inicio de la intervención (primera sesión). Un cuestionario estructurado con preguntas cerradas (pretest), para conocer la situación real de conocimientos y habilidades de las participantes.

Los datos que se recoge están relacionados con conocimientos, hábitos y actitudes.


- Alimentación: tipo y variedad
 - Ejercicio Físico: tipo y periodicidad.
 - Hábitos Tóxicos: tipo y cantidad
 - Qué información tiene con respecto a los contenidos a desarrollar.
 - Actitudes sobre contenidos.
- **Fase Continua:** nos permite detectar en el momento la dificultad y poder establecer la ayuda oportuna mediante la retroalimentación.
 - **Fase Final:** para obtener una visión global de los logros. Se realiza aplicando nuevamente el cuestionario inicial (post-test). Además en este último cuestionario pos-test con el fin de evaluar la estructura y organización se añaden una serie de cuestiones referidas a:
 - Calidad y utilidad de contenidos.
 - Competencias de los profesionales que han participado.
 - Aspectos positivos o negativos y sugerencias.

TECNICAS DE EVALUACION UTILIZADAS:

- Observación directa e indirecta.
- Instrumentos de evaluación:
 - Diario de las sesiones.
 - Fichas de seguimiento de asistencia a las sesiones teóricas, de ejercicio físico y de relajación.
 - Cuestionario estructurado.
 - Escala De Kupperman.

BIBLIOGRAFÍA:

- "Instituto Andaluz de la Mujer". *Documentos de Salud*. Sevilla.
- JIMÉNEZ LUGRE, P. *Menopausia. Educación para la salud*. Ediciones Universidad de Navarra, S.A, 1994.
- RUIZ JARABO, C. *La salud de las mujeres en Atención Primaria*. Madrid: Edita Federación de Asociaciones para la Defensa Pública, 1991.
- SERRANO, I. *Educación para la Salud en el Siglo XXI*. Segovia: Editorial Díaz Santos, 1997.
- SCHENEIDER S. *Menopausia. La otra fertilidad*. Editorial Urano, 1992.
- TAULLERE, R y TAMBORÍN, A. *La Menopausia*. Editorial Masson, Abril 1991.



La inmigración
extracomunitaria en
Andalucía.
El caso de Málaga.

En este artículo intentamos dar una visión muy general sobre la inmigración en Andalucía. Damos una visión sobre los efectos positivos de la inmigración y realizamos un repaso del marco legislativo de las migraciones (las distintas leyes de extranjería), planes sociales (Ley de Servicios Sociales, Plan Greco, Plan Migratorio Andaluz).

Por otro lado, se habla de los aspectos de la inmigración en Andalucía, sobre las características demográficas y las formas de asentamiento. Así, distinguimos entre las provincias, fundamentalmente, agrícolas y las que se basan en el sector servicios.

Posteriormente, observamos estas características en la provincia dividiendo la provincia en cuatro zonas. A la hora de hacer esa descripción también se hace por colectivos en relación a algunas características generales de los colectivos más significativos.

Finalizamos el artículo con una nueva caracterización general, dividiendo la población en asentados y no asentados, junto a unas conclusiones.

ANTONIO NARVÁEZ RODRÍGUEZ
Trabajador Social.

1. INTRODUCCIÓN

Con estas reflexiones voy a intentar una visión de la inmigración en nuestra comunidad autónoma y sobre todo en nuestra provincia. Para ello hay que contextualizar este fenómeno en un marco histórico.

Lo aquí expuesto van a ser las opiniones, el conocimiento después de doce años de trabajo en el campo de las migraciones desde una ONG.

1.1. Fenómeno histórico.

El decir a estas alturas que la inmigración es un fenómeno histórico, no es decir nada nuevo. Todos somos conscientes de estos movimientos de población han sido constantes a lo largo de la historia. Sin ir más lejos, el carácter nuestra tierra es un fruto de un crisol de culturas. Las formas y las razones de estas migraciones es lo que han cambiado.

En nuestra provincia en los últimos años hemos vistos como este fenómeno se ha ido acelerando.

Ya en los años 80 aparece un estudio que pone junto a inmigrantes de lo que hoy es la Unión Europea un numero apreciable de marroquíes.

Pero si hablamos de migraciones Málaga, nuestra provincia es sobre todo tierra de emigrantes. Merece una especial atención la emigración de muchos habitantes de La Axarquía a San Juan, Argentina, tras la guerra civil. Los descendientes de esos emigrantes retornan ahora a su comarca de origen.

La falta de trabajo, la falta de oportunidades, las razones políticas fueron aspectos que marcaron la emigración española.

Era una mano de obra fomentada, querida y absolutamen-

te necesaria. En algunos caso ordenada en origen y en otros no.

En todo caso Andalucía es todavía más una tierra de emigrantes que de inmigrantes, la vendimia francesa es posiblemente uno de los últimos vestigios de emigración.

1.2 Características de la inmigración.

La inmigración es, también, en nuestra comunidad autónoma una cuestión querida, sí bien con un mayor orden.

Parece claro que parte de "culpa" del éxito de la economía agrícola Almeriense, la fresa de Huelva es de la mano de obra inmigrante. De una forma más incipiente, vemos como la mano de obra inmigrante también llega a los plásticos de la Axarquía, la aceituna de la comarca de Antequera o la construcción de la Costa del Sol.

También son culpables de mantener a un abundante grupo de mayores vivan en su domicilio.

Por otro lado, la inmigración va a ser uno de los factores que más esta ayudando a que el crecimiento vegetativo de la población no sea negativo, con su aportación demográfica.

La inmigración parte de un proyecto personal, familiar o de grupo. El entrelazamiento de estos proyectos explica, en algunos casos, el porqué del asentamiento de determinados grupos, en determinados territorios.

El hecho de la migración es una decisión que termina en lo personal. Estas personas que migran se mueven por redes, redes de información que prestan en muchos casos los servicios básicos.

Uno de los aspectos que más va a marcar las migraciones en un determinado territorio es el marco económico. Eviden-

temente, cómo se han producido las migraciones en Almería, tiene mucho que ver con cómo se ha desarrollado la agricultura en el poniente Almeriense. La evolución del trabajo en el servicio doméstico hay que relacionarla con la incorporación de la mujer al mundo laboral, la elevación del nivel de vida del mundo rural.

Otro aspecto unido a cómo se producen estas migraciones sería la Política Social que se ponen en marcha en el territorio. Cuando hablamos de Política Social no lo entendamos en un sentido amplio, sino qué persecución se hace o se deja de hacer del trabajo de los indocumentados, qué espacios de relación tienen...

- *La ley Orgánica 7/85* Sobre derechos y deberes de los extranjeros en España.
- *La ley de servicios sociales Andaluza 2/88*
- *la ruptura del acuerdo de supresión de visados de turismo con Marruecos.*
- *Proceso de documentación..*
- *Plan de Servicios Sociales .*
- *El cambio del reglamento* pretende facilitar estas renovaciones.
- *El contingente anual* se convierte en un proceso de regularización continua e insuficiente.
- *la ley 4/2000* La ley de integración de los extranjeros en España.
- *La ley 8/2000 de reforma de la 4/2000*
- *El plan GRECO*
- *Una nueva regularización, el proceso de arraigo,*
- *El plan migratorio Andaluz.*
- *El contingente aprobado*

2. MARCO HISTÓRICO SERVICIOS SOCIALES E INMIGRACIÓN.

Para entender el contexto de las migraciones hoy hay que mirar el pasado reciente, la inmigración en nuestro país ha evolucionado rápidamente.

El primer escalón de esta evolución sería *la Ley Orgánica 7/85* "Sobre Derechos y Deberes de los Extranjeros en España".

- 3.4 Mejora de los mecanismos destinados a luchar contra la inmigración irregular.
 - 3.5 Mejorar los mecanismos destinados a la lucha contra la explotación de los trabajadores.
 - 3.6 Medidas de protección sobre los menores no acompañados.
- 4 Mantenimiento del sistema de la protección de refugiados y desplazados.
- 4.1 La adaptación a las directrices de las normativas europeas.
 - 4.2 Dispositivos de acogida para solicitantes. (CEAR, Cruz Roja, Comisión Católica para las Migraciones).
 - 4.3 Propiciar la capacitación laboral de los refugiados.
 - 4.4 Adecuación de las instalaciones fronterizas.
 - 4.5 Establecer la adecuada protección para los apátridas.

La aprobación del reglamento trae consigo una nueva regularización, el *proceso de arraigo*, que dejara fuera en nuestra provincia alrededor de 5.000 inmigrantes.

El Plan Migratorio Andaluz aprobado en BOJA. (Decreto 1/2002 de 9 enero BOJA 17) pretende ser una respuesta a los asuntos que plantean las migraciones en Andalucía. Al igual que le Plan GRECO. (Plan Global de Regulación y Coordina-

ción de la Extranjería)Se ubica en la Delegación del Gobierno para la Extranjería y la Inmigración del *Ministerio del Interior*, la coordinación del Plan Migratorio se ubica en la Dirección General de Coordinación de Políticas Migratorias de la *Consejería de Gobernación*.

- 1 Área Socio - educativa.
 - 1.1 Facilitar la escolarización.
 - 1.2 Favorecer que los centros elaboren proyectos interculturales.
 - 1.3 Potenciar programas que faciliten el aprendizaje del español.
 - 1.4 Mantener y valorar la cultura de origen del alumnado.
 - 1.5 Favorecer un clima social de convivencia, respeto y tolerancia.
 - 1.6 Potenciar el desarrollo de acciones de formación integral interviniendo de forma especial sobre los padres.
- 2 Área Socio laboral.
 - 2.1 Abordar las problemáticas que genera la incorporación de inmigrantes en el mercado de trabajo.
 - 2.2 Favorecer el acceso de los inmigrantes al servicio público de empleo.
 - 2.3 Favorecer el acceso de la población inmigrante a las acciones de FPO.
 - 2.4 Facilitar el acceso de la población inmigrante al apoyo del autoempleo.
 - 2.5 Favorecer el acceso de la población inmigrantes de

Orientación Profesional.

- 2.6 Facilitar, a través del Programa ayudas al empleo en proyectos de interés social, la cooperación para la dotación de Mediadores Interculturales
 - 2.7 Realización de cursos de formación profesional en el ámbito de la hostelería.
 - 2.8 Mejorar los perfiles profesionales en el sector agrario.
 - 2.9 Desarrollar actuaciones específicas de orientación, formación e inserción sociolaboral para inmigrantes en Andalucía.
 - 2.10 Facilitar el acceso y la reincorporación al mercado de trabajo de las personas que sufren dificultades para reintegrarse o integrarse en el mercado de trabajo, combatiendo actitudes xenófobas y racistas.
- 3 Área Socio-sanitaria.
- 3.1 Potenciar la captación de la población inmigrante para atender los problemas de salud que presentan.
 - 3.2 Promover la captación de inmigrantes y determinar las necesidades de salud de cada persona.
 - 3.3 Posibilitar a la población inmigrante, que lo requiera, interpretes.
 - 3.4 Mejorar la información de los inmigrantes sobre el sistema sanitario Público Andaluz.
 - 3.5 Mejorar la información de los profesionales socio sanitarios sobre la atención a los inmigrantes.
 - 3.6 Facilitar el acceso de las mujeres inmigrantes a los programas de educación sexual y salud reproductiva.

- 3.7 Impulsar programas dirigidos específicamente a los drogodependientes inmigrantes.
- 3.8 Reducir los riesgos y daños derivados del consumo de drogas.
- 4 Área de Recursos Sociales.
 - 4.1 Informar y orientar y asesorar a los inmigrantes en materia laboral, jurídica, social y educativa.
 - 4.2 Promover la participación social y el asociacionismo de los inmigrantes
 - 4.3 Ofrecer atención inmediata y ejercer la tutela de los menores extranjeros no acompañados.
 - 4.4 Ejercicio de su guarda legal.
 - 4.5 Atención socio educativa a los niños de cero a tres años.
 - 4.6 Formación de jóvenes para que actúen como corresponsales juveniles.
 - 4.7 Facilitar el acceso de las mujeres inmigrantes a los recursos existentes para que puedan beneficiarse de ellos y mejorar, así, sus condiciones de vida.
 - 4.8 Facilitar la información y la atención necesaria a las mujeres inmigrantes que en el seno de su pareja sufren violencia.
 - 4.9 Asesorar, informar y acoger a mujeres inmigrantes que hayan sido víctimas de explotación sexual
 - 4.10 Promover la participación social de la población inmigrante en la práctica deportiva.
- 5 Área de Vivienda.

- 5.1 Favorecer la construcción de viviendas y alojamientos en condiciones adecuadas para los temporeros.
- 5.2 Promover el alojamiento temporal o normalizado de la población inmigrante.
- 6 Área Socio-Cultural.
- 7 Área de Atención Jurídica.
- 8 Área de Formación e Investigación.
- 9 Área de Sensibilización Social.
- 10 Área de Cooperación al Desarrollo.

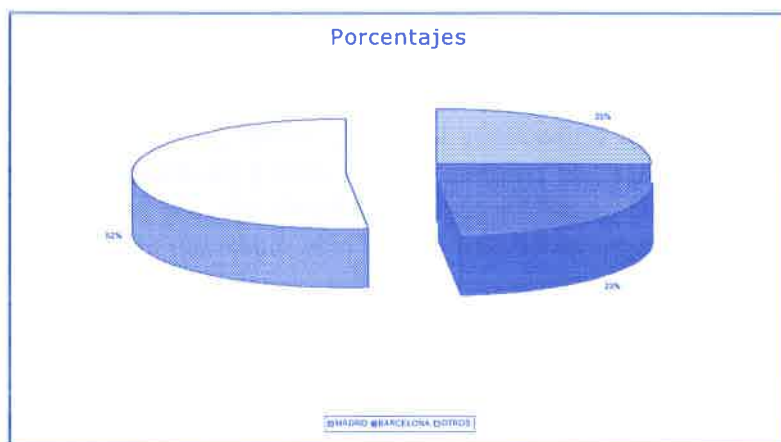
Es un plan ambicioso que integra muchas pequeñas medidas que se estaban realizando desde diversos estamentos. Cuenta además con las diversas administraciones locales y las ONG. Ojalá se lleve a cabo.

La última modificación producida ha sido el contingente aprobado en el mes de enero. Los cambios producidos en este contingente han provocado que las esperanzas de conseguir documentación, para los inmigrantes que trabajan, se hayan venido abajo. No sólo se ha cerrado para ellos la posibilidad de conseguir la documentación a través de este proceso, si no que se les impide presentar la documentación en régimen

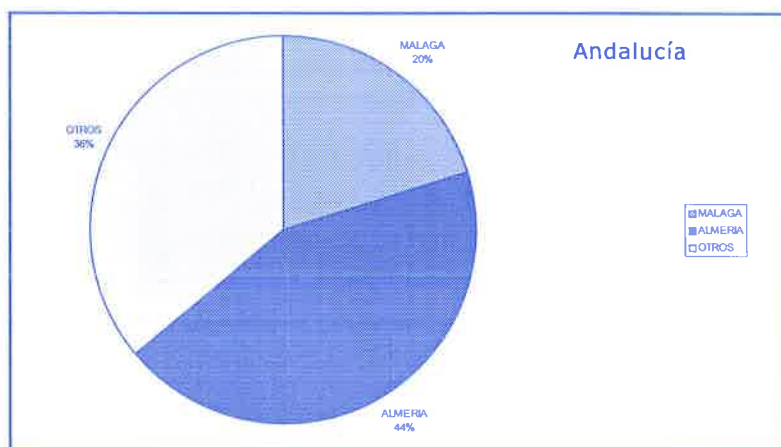
general para sectores que se prevén en el reglamento.

De nuevo la ley ha demostrado su ineficacia, aunque por los vientos que corren diremos aquello de «virgencita, virgencita que me quede como estoy».

3 ASPECTOS GENERALES DE LA INMIGRACIÓN EN ANDALUCÍA.



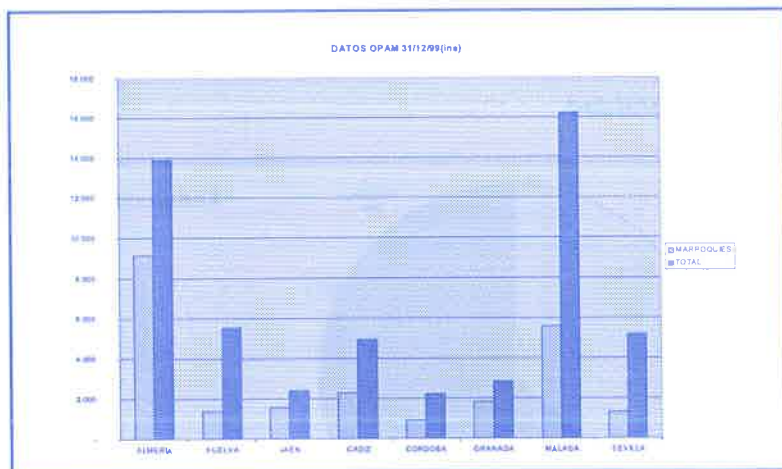
3.1 Diversidad.



La realidad de la inmigración en Andalucía no es homogénea. Si en el ámbito nacional, aproximadamente, el 40 por ciento de los inmigrantes no comunitarios residen en *Madrid y Barcelona*, a nivel Andaluz más del 50 por ciento de los inmigrantes residen en Almería y Málaga. En cambio, por el tipo de inmigración hay más parecidos entre *Almería y Huelva*, con la dedicación de la inmigración a la agricultura y entre *Málaga y Sevilla*.

La evolución de la inmigración en estos últimos años se ha marcado por la llegada *nuevos colectivos, nuevas nacionalidades*, que hasta ahora no eran comunes, una diversificación mayor de las ocupaciones laborales, siempre en los escalafones más bajos. El crecimiento del número de inmigrantes se ha disparado en provincias como Almería Huelva o Jaén, mientras el *crecimiento* ha sido mucho más moderado en Málaga o Granada.

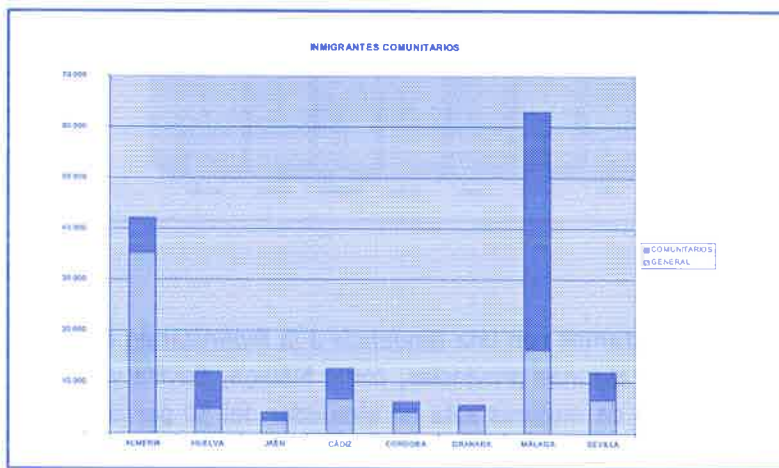
Las provincias agrícolas tienen una mayor tasa de



inmigrantes, sin permiso de residencia, que ha aflorado en los procesos de documentación de los últimos años. La población en estas provincias, en cifras oficiales, se ha duplicado, quedando, de todas formas, un gran número de indocumentados.

Los inmigrantes marroquíes constituyen el más del 50 por ciento de la población inmigrante de las provincias de Almería y Huelva siendo inferior en provincias como Sevilla y Málaga.

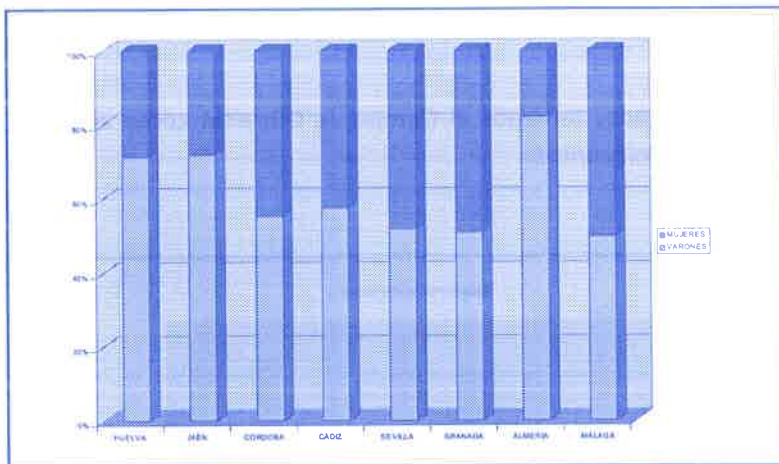
Por otro lado, tenemos el Campo de Gibraltar como zona de paso de inmigrantes.



Otro asunto a destacar es el peso de la población comunitaria. Supone más del 50 por ciento de la población inmigrante en Andalucía. Más del 70 por ciento de esta población se concentra en la provincia de Málaga. No en vano, se ha llegado a llamar a la *Costa del Sol*: "el asilo de Europa".

El asentamiento de *las familias* es otro factor diferenciador. El hecho de que la inmigración sea más antigua en algunas provincias y las condiciones sobre cómo se ha producido esta

inmigración, hacen que las reagrupaciones sean más comunes en unas provincias que otras, así Málaga y Almería vuelven a concentrar la mayoría de los alumnos escolarizados inmigrantes no comunitarios.



Nos encontramos con una *tendencia a la feminización* de la inmigración en algunas provincias, como Málaga, Sevilla y Granada el número de mujeres esta en alrededor del 50 por ciento de los inmigrantes. Mientras en provincias como Almería, Huelva o Jaén la población inmigrante masculina supera el 70 por ciento.

Sin duda esto tiene mucho que ver con los sectores económicos de las provincias. Observamos una población predominantemente masculina en las provincias agrícolas.

En provincias con predominio del sector servicios, especialmente, las empleadas de hogar, nos encontramos con un alto número de *mujeres*. Es el caso de Málaga, Sevilla y Granada.

Otro fenómeno que se da en Andalucía es el *temporerismo*

agrícola: buen ejemplo de ello son las campañas de la fresa en Huelva y la de la aceituna en Jaén, donde cada vez tiene mayor peso la mano de obra inmigrante. Son circunstancias específicas que provocan que durante tres o cuatro meses al año estas provincias cuadrupliquen su número de habitantes, con una gran ausencia de infraestructura básica de acogimiento.

El caso de Almería merece una mención a parte, ya que la «campaña» dura casi 9 meses.

Aunque sin duda estas son las campañas más conocidas, ya estamos asistiendo a como los inmigrantes llegan a otras zonas y campañas. Este año en la Comarca de Antequera en la temporada de la recogida de la aceituna han trabajado más de doscientos inmigrantes llegados de otras zonas.

Las campañas de la aceituna de Córdoba también vienen utilizando mano de obra inmigrante.

4. La realidad de la inmigración en Málaga.

La realidad de la inmigración en la provincia es también diferente según las zonas. De los datos globales de la provincia, llama la atención el alto número de comunitarios, la concentración de los inmigrantes en la zona costera y el ser provincia de paso y de asentamiento.

A efectos metodológicos podemos dividir la provincia de Málaga en cuatro zonas:

La zona del Interior:

Va creciendo lentamente el número de inmigrantes, de todas las nacionalidades, especialmente en la *comarca de Antequera*. El trabajo que realizan es fundamentalmente agrí-

cola. En muchos casos son empleados como guardeses de las fincas, cortijeros. Así, el encargado vive en una concentración urbana mientras el inmigrante cuida y vive en la finca.

En las épocas de campaña acude una cantidad cada vez mayor de inmigrantes, si bien hasta ahora lo que más hemos detectado es el desplazamiento diario desde la capital ante la falta de alojamientos.

Desde nuestra organización tenemos constatación de cómo se están asentado estas familias especialmente en la comarca de Antequera. El colectivo que más ha crecido últimamente es el ecuatoriano y el colombiano.

La costa del sol Occidental:

Sin duda es la parte de la provincia donde mayor número de inmigrantes viven. Es donde reside la población comunitaria mayoritariamente, encontrándonos localidades donde más del 50 por ciento de la población es extranjera.

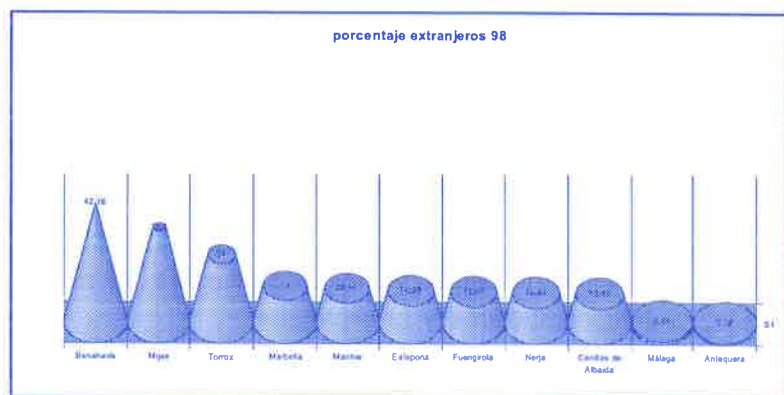
Un ejemplo de esta característica es Marbella. La inmigración se mueve por redes, en esta localidad nos encontramos con una concentración de inmigrantes filipinos antigua, procedente en su primer origen de empleados de hogar de familias árabes. Este colectivo se ha ido asentando por razones familiares teniendo en esta provincia en la actualidad una colonia importante (sobrepasa las quinientas personas) con redes asociativas muy establecidas.

Si antes hablábamos de un temporerismo agrícola en la Costa del Sol, podemos hablar de los temporeros del turismo. Es muy apreciable la población inmigrante que se acerca a la Costa del Sol. En estos casos también nos encontramos con graves problemas de alojamiento, explotación en el trabajo si bien es cierto que la acción sancionadora de la inspección de trabajo está mucho más atenta al sector hostelero.

Aunque también nos encontramos en la zona de costa con inmigrantes recién llegados, sin redes relacionales, la mayoría de estos tienen en muchos casos unas redes naturales, cuando llegan a estas poblaciones, que les ayudan en los primeros momentos.

La actividad laboral se concentra en la hostelería, el servicio doméstico, la construcción y la venta ambulante.

El hecho de que haya una mayor cantidad de familias asentadas hace que en esta zona podamos hablar de una *segunda generación* de hijos inmigrantes, especialmente marroquíes, que están llegando a nuestros colegios. Segunda generación que, en la mayoría de los casos, ya no es inmigrante, sino española, pero en ocasiones encuentran dificultades de identidad, de tendencia a repetir el rol profesional de los padres,



de abandono de estudios...

Por otro lado, los procesos de reagrupación familiar hacen que lleguen nuevos niños inmigrantes que son escolarizados, no prestándoseles en este momento un apoyo suficiente.

Los problemas de viviendas se agudizan en verano cuando llega un gran número de inmigrantes que pueden conseguir empleo pero al tiempo suben los precios de los alojamientos.

Málaga Capital:

Es la *primera fase del camino* para muchos inmigrantes que llegan a nuestra provincia. Una vez se produce un cierto asentamiento algunos se trasladan, normalmente por razones laborales a la provincia.

En Málaga se ha producido un proceso urbanístico descrito en muchas grandes ciudades. Los centros de las ciudades se desalojan para vivir, las casas antiguas de los centros se abaratan y son alquiladas por inmigrantes. Este proceso se ha producido con población marroquí en el casco antiguo desde hace unos años.

La población *Subsahariana* (nigeriana) se ha alojado en otras zonas de la ciudad especialmente Huelin, Nueva Málaga y la Palmilla.

Los *ucranianos* se alojan en la zona del Palo y el centro.

El servicio doméstico es la gran actividad, además utilizando como alojamiento Málaga tenemos la agricultura, la construcción, la venta ambulante y la hostelería.

En los últimos años hemos visto cómo la llegada de nuevos colectivos sin redes de apoyo ha provocado que tengamos un grupo de inmigrantes constante sin alojamiento. Este grupo puede rondar los cincuenta inmigrantes, además de otros cincuenta que puede haber de media en el Centro de Acogida Municipal. Una parte de estos grupos es inmigrante con un expediente de expulsión que la policía no ha podido ejecutar y que tampoco regulariza. Hay un flujo constante de inmigrantes procedentes especialmente *de Ceuta*. La mayoría

son argelinos.

En la *Axarquía* ha habido desde principio de los 90 un grupo de inmigrantes marroquíes dedicados a la agricultura en la zona de Algarrobo. La inmigración Argentina es especialmente importante en esta comarca por los hilos que la unen a San Juan.

Una realidad relativamente nueva ha sido que esta zona ha pasado a ser, por su interior, itinerario de los inmigrantes de las pateras. Este verano hemos asistido al desembarco, más o menos regular, de pateras en esta zona y la colindante de Granada.

Dentro de la Axaquía, Vélez Málaga tiene una especial importancia. Sin duda el número de inmigrantes está muy alejado de la otra parte de la costa, pero también estamos asistiendo a un crecimiento paulatino.

También en Vélez Málaga más de la mitad de los mil seiscientos trece extranjeros empadronados son comunitarios. Dentro de los no comunitarios destacan los marroquíes, argentinos, colombianos y senegaleses.

Si la media de la provincia de Málaga en cuanto a porcentaje de extranjeros se sitúa en un 4,15 por ciento, en Vélez está en un 2,9 por ciento.

5. COLECTIVOS PRINCIPALES, CARACTERIZACIÓN.

La caracterización que voy a hacer a continuación tiene todos los defectos de una generalización. Personalmente conozco numerosísimas excepciones a lo planteado. A pesar de ello, hago una cierta generalización por colectivos, sabiendo que después cada persona es un universo.

El colectivo marroquí es el más numeroso de los no comunitarios suponiendo el 34 por ciento de los inmigrantes resi-

dentes en la provincia.

Es el colectivo de mayor importancia con mucha diferencia con respecto a los demás. Le sigue el argentino que supone un 7 por ciento.

El marroquí es el colectivo más antiguo y con un proceso de reagrupación familiar avanzado en el que se empiezan a producir nacionalizaciones.

Ahora este colectivo esta muy asentado con un alto número de menores y una segunda generación en aumento.

Sin duda este colectivo también se ha dio incrementando, reagrupaciones familiares o simplemente familiares que han llegado. El proceso de asentamiento de estos nuevos inmigrantes ha contado con un apoyo familiar para su proceso de asentamiento. Hay una gran diversidad profesional entre estas familias entre las que destaca la venta ambulante con puestos fijos en diversos mercadillos y el servicio doméstico de externa.

Otra parte del colectivo, no cuantitativamente importante pero si con una problemática social importante ha sido los jóvenes no acompañados.

Su forma asociativa principal es la religiosa.

Es el colectivo que más sufre muestras de rechazo por parte de la población de acogida.

El colectivo senegalés en la provincia de Málaga se dedica principalmente a la venta ambulante. Entre ellos hay un grupo que pasa seis meses en su país y seis en España.

Tiene en nuestra provincia una estructura asociativa fuerte. Si bien en invierno no son un colectivo importante, en ve-

rano pueden llegar a quintuplicar su número, según manifestaciones de miembros del propio colectivo.

Está extendido entre ellos un sistema de préstamo de mercancía para poder empezar.

Es un colectivo principalmente de hombres.

Los problemas de alojamiento se suelen dar en verano con la llegada de un mayor número de compatriotas.

Sus lugares principales de localización son: Marbella, Benalmádena, Fuengirola y Vélez Málaga

El colectivo chino se dedica casi exclusivamente a la hostelería china. En negocios étnicos. Es un colectivo que raramente se dirige a los servicios sociales o de ONGS. Las necesidades se suelen solventar en el propio grupo. La mayoría del colectivo chino residente en España y también en nuestra provincia proviene de una misma zona (Distrito de Quintang provincia Zhejiang).

Es una migración antigua (las primeras colonias se establecen en Barcelona en los años 20) en la que estamos asistiendo a una segunda generación. En la provincia de Málaga tenemos asociaciones de este colectivo que dan clases de chino para su colectivo en Torremolinos y Fuengirola.

Es un colectivo donde esta bastante igualado el número de hombres y mujeres.

Están dispersos por las zonas turísticas, aunque ya hay muchos pueblos medianos que cuentan con su correspondiente restaurante chino.

El colectivo nigeriano ha crecido en Málaga en los últimos tres años, de hecho las cifras oficiales que manejamos hoy aún no contemplan la importancia del mismo que calculamos

puede estar en más de mil personas. Se asientan principalmente en Málaga capital, aunque empieza a haber una dispersión por la costa. Es un colectivo mayoritariamente de hombres, aunque también nos encontramos con mujeres.

Es un colectivo que llega a nuestra provincia por distintas vías:

- 1º A través de Ceuta y Melilla los primeros que vinieron en las operaciones extraordinarias de finales de los 90.
- 2º De Europa atraídos por las regularizaciones realizadas. Algunos de ellos son empresarios que han establecido negocios étnicos (tiendas de productos africanos, restaurantes, locutorios y peluquerías).
- 3º A través de pateras en la confianza de que no se les podía repatriar. Esto ha cambiado a mediados del 2001 con las repatriaciones a Nigeria.

Su actividad laboral es diversa, pero destacan en la agricultura y la construcción,

El colectivo ecuatoriano es otro de los colectivos recién llegados.

Lo ha hecho en los dos últimos años. Han creado con cierta rapidez estructuras asociativas en Marbella.

Este colectivo no se refleja aún en las estadísticas oficiales, es una migración predominantemente femenina dirigida al servicio doméstico, aunque también nos la encontramos en la agricultura (donde son muy apreciados) y la venta ambulante.

Las zonas de residencia son Torrox, Málaga y Marbella.

El número de inmigrantes dejó de crecer cuando se suspendió el acuerdo de supresión de visados con este país

El **colectivo colombiano** ha crecido fundamentalmente en el 2001. Es, mayoritariamente, femenino en nuestra provincia. Su principal ocupación es el servicio doméstico.

Residen dispersos por toda la provincia. El crecimiento de este colectivo es previsible que disminuya al haberse suspendido el acuerdo de supresión de visados de turista.

El **colectivo** más amplio de Europa del Este es el **ucraniano**, su reflejo en cifras oficiales lo veremos en próximos años.

Se dedican al servicio doméstico sobre todo, se asientan principalmente en Málaga capital, aunque comienza a haber grupos en las zonas costeras.

Están llevando a cabo reagrupaciones familiares con o sin documentación de una forma relativamente rápida. Otra cuestión que llama la atención de este colectivo es la media de edad un poco más alta que el resto de los colectivos.

Rápidamente ha autoorganizado redes de alojamiento y búsqueda de trabajo.

6. A MODO DE CONCLUSION

La inmigración es un fenómeno en continua evolución. Hasta este momento los que, en la mayoría de los territorios ha prestado servicios para los inmigrantes, han sido las Asociaciones Sin Animo de Lucro. Bien es cierto que estos servicios han sido subvencionados por distintas administraciones.

Una política social inteligente, debería de aprovechar la experiencia acumulada de estas entidades, así como la capacidad de movilizar recursos.

La inmigración nos deja abundantes retos por resolver, retos que responden a las necesidades de los inmigrantes que podemos dividir a estos efectos:

Inmigrantes no asentados:

Sufren el círculo de no tener documentación por lo que no tienen trabajo, por ello les es difícil conseguir una vivienda digna. Para tener alguna posibilidad de conseguir la documentación le piden un trabajo, que le prometen en cuanto tenga la documentación.

En algunos de estos inmigrantes con falta de alojamiento empezamos a ver un deterioro producido por la ausencia de expectativas y donde se añade, en algunos casos, situaciones de problemas con el alcohol y transeuntismo.

Entre estos colectivos son normales situaciones de hacinamientos y que surjan iniciativas de auto organización, unas, son de auto ayuda y otras, que se acercan a la explotación tales como alquiler del permiso de trabajo, alquiler de habitaciones, pasillos y venta de trabajos

La primera necesidad de este colectivo suele ser la documentación a partir de la que se abre la llave de mayores posibilidades de solución del resto de las dificultades.

Una parte de estos inmigrantes termina asentado su proyecto migratorio en otras provincias.

Inmigrantes asentados:

La mayor parte de estos inmigrantes están documentados, han roto el círculo anterior pero:

Llevan mucho tiempo en una economía de subsistencia e intentando salir de los sectores tradicionales de empleo (servicio doméstico, venta ambulante y agricultura).

Las viviendas en las que viven están amenazadas en algunos casos de expedientes de ruina, algunos se han visto afectados por desalojos. En todo caso, son viviendas antiguas con humedades y, mayoritariamente, en alquiler.

Estas familias reagrupadas empiezan asistir al crecimiento de una segunda generación en el que en muchos casos se encuentran con dudas de identidad (marroquíes para los españoles, españoles para los marroquíes) repetición del mundo laboral de los padres, fracaso escolar... En muchos casos los problemas generacionales de cualquier familia se acrecientan por la biculturalidad de los hijos.

En todo caso, los inmigrantes asentados sienten la discriminación de la sociedad de acogida de una forma más directa.

Por último hay un grupo, la mayor parte de los inmigrantes asentados, que se desenvuelven normalmente.

Bibliografía:

- Trabajadores extranjeros en la hostelería andaluza Colectivo IOE Diciembre1999.
- Programa GRECO Delegación del Gobierno Para la extranjería y la inmigración.
- Plan Integral para la inmigración en Andalucía 2001-2004. Consejería de Gobernación. Dirección General de Coordinación de Políticas Migratorias.
- Boletín OPAM n1. 1 noviembre 2001.
- Balance 2001 Delegación del Gobierno para la extranjería y la inmigración.
- Material del curso de Expertos en Migraciones de la Universidad Comillas.

Entrevista a Luis Barriga Martín

Luis Alberto Barriga Martín es Diplomado en Trabajo Social por la Universidad de Valladolid (1987-1990) y Master en Consultoría de Procesos de Desarrollo Organizacional por la Universidad de Valladolid y el Instituto de Desarrollo Organizacional de Israel (1997-1998).

Trabaja desde 1991 en el Área de Bienestar Social de la Diputación de Valladolid y es autor de numerosos artículos y conferencias sobre Calidad en los Servicios Sociales, Trabajo en Equipo, Ética del Trabajo Social, etc.

Realizado por:

M^a LUZ BURGOS VARO
Trabajadora Social.

Pregunta: *Los "clientes" de los Servicios Sociales, son personas con múltiples necesidades a las que el Estado responde con distintos sistemas de prestación de servicios: salud, educación... Los Servicios Sociales se crean para dar respuesta a todo lo que a los otros sistemas se les escapa. ¿Cree que responden realmente a las necesidades del ciudadano? ¿No son los Servicios Sociales un sistema de provisión de servicios basado en una división artificial?*

Respuesta: Es parte del arquetipo de pensamiento de occidente el parcelar las realidades para así intentar comprenderlas mejor. La parcelación y últimamente la especialización de los saberes y disciplinas ha sido una constante en nuestra cultura. Sin esa parcelación artificiosa hubiera sido imposible el progreso, pero no hay que dejar de lado que las realidades complejas (y la realidad social es la más compleja de las realidades) precisan también de comprensión global de los fenómenos. Con esto quiero decir que el Trabajo Social como disciplina tiene como ventaja frente a otras, precisamente, la comprensión global de los fenómenos sociales y su orientación a la acción. El choque se produce cuando la aplicación de la disciplina se encuentra con unos Servicios Sociales anclados aún en el intento de resolución de necesidades (o provisión de satisfactores) en convivencia desigual con otros sistemas de protección social. Por otra parte, las necesidades sociales son un inmenso entramado para el que nadie puede tener respuestas adecuadas en los momentos necesarios.

Las respuestas de índole sectorial pueden ser necesarias. La existencia de servicios y prestaciones predeterminados y preexistentes a las situaciones problemáticas es algo necesario e irrenunciable. Ese es nuestro NIVEL TÁCTICO de la intervención. Pero no debemos olvidar que otro producto esencial que los Servicios Sociales deben ofrecer es la comprensión global de las realidades para después reorientar no solo las respuestas, sino también las preguntas. Ese es nuestro abandonado NIVEL

El peor paternalismo sería el de ver cómo mi hija se cae al dar sus primeros pasos y entonces abrazarla y evitar que vuelva a tocar el suelo. Si partimos de que el cliente sólo busca su comodidad, mal empezamos. El Análisis Transaccional nos ha enseñado mucho sobre cuáles de nuestras intervenciones pueden ser catalogadas de adultas y cuáles no.

El cliente –en muchas ocasiones– sufre. Y al tiempo es un enorme listado de recursos y experiencias propias. Podemos y debemos proporcionar los apoyos necesarios pero sin olvidar que las decisiones esenciales y el ritmo de los cambios los ha de marcar cada cliente. Los Trabajadores Sociales tenemos dos pecados capitales: uno, es sentirnos responsables de las decisiones que toman los otros. El otro, es tomar decisiones por ellos. Y, claro, “en el pecado va la penitencia”.

Bajo mi punto de vista, la profesionalidad no consiste en hacerlo todo bien, sino en cuestionarse estas cosas todos los días en cada intervención. Es más una actitud que un título enmarcado.

P. *Una de las principales funciones que nos toca realizar en el día a día es la labor de contención de los clientes ¿hasta qué punto esta función se trastoca en ser el oído que escucha las quejas o en servir de “colchón” al sistema?*

R. Es que yo no me siento así. Insisto, si sentimos que nuestra labor es de contención, entonces una de dos:

- no estamos haciendo aquello por lo que nos pagan, situación en la que debemos replantearnos la misión profesional.
- nos están pagando por hacer algo que no deberíamos hacer, situación ante la que habría que dimitir por ética profesional o hacer ver a nuestro “patrón” que está equivocando en sus pretensiones.

Sin dramatizar... ser el oído del sistema es en sí una misión esencial. Significa que si no estamos, el sistema permanece "sordo" al entorno con lo que eso podría conllevar. Más me preocupa que seamos "mudos" con respecto al sistema y no sepamos transmitir la información necesaria para el diseño estratégico de los servicios.

P. *Ha habido corrientes que defendían el Trabajo Social como una técnica y la Administración nos contrata como tales técnicos ¿qué opina al respecto?*

R. Supongo que te refieres a la distinción que sobre una idea del profesor Itamar Rogovsky elaboró mi amiga M^a Jesús Brezmes, por la que un "técnico" es alguien capaz de aplicar técnicas (a situaciones predeterminadas) y un "profesional" es la persona capaz de comprender las situaciones y de manejar lo desconocido o lo ambiguo.

Nuestra formación, al menos la que yo recibí, fue más de profesional que de técnico. De hecho –como todo el mundo- a veces percibo mi escasez de recursos de tipo técnico. Hoy probablemente se esté tecnificando más. Pero ambas facetas son necesarias e interdependientes. Sólo la técnica implicaría un reduccionismo absurdo del Trabajo Social. Sólo la comprensión de lo complejo –sin manejo instrumental- resultaría inoperante y nada rentable socialmente.

Otra cosa distinta es lo que quiera la administración, o lo que nosotros creemos que quiere.

P. *Los TTSS somos grandes desconocidos para la sociedad en general: tenemos una imagen pública distorsionadas, podemos ser unas "brujas controladoras que nos llevamos a los niños" o una "hada buena, que con una varita mágica lo resolvemos todo" ¿Cree que los Colegios deberían hacer una labor de marketing para dar a conocer nuestra profesión?*

R. Me resulta curioso hablar de Márketing cuando –hoy por hoy en España- en nuestro negocio no tenemos competidores. Al fin y al cabo, el Márketing no es más que una estrategia de mejora de la competitividad frente a terceros.

Me imagino que la necesidad de Marketing surge de la duda acerca de nuestra legitimación en el entorno de los sistemas de protección social.

En cualquier caso, el Marketing más verdadero es el que se efectúa a través de la propia práctica profesional. No hay labor posible de mejora de la imagen si la realidad no acompaña a la misma. Esta es una Ley Universal para las empresas mercantiles; si un producto o un servicio es bueno... se vende a sí mismo.

La cuestión sería más bien; ***cuando nos ven como brujas malas o como hadas buenas... ¿por que será?***