

Trabajo fin de grado presentado por: Leyre García Roldán  
Titulación: Grado en Trabajo Social  
Línea de investigación: Propuesta de Intervención Social  
Director/a: David Velaz Ciaurriz

**Universidad Internacional de La Rioja**  
**Facultad de Empresa y Comunicación**

---

# Propuesta de mejora de hábitos saludables en personas en riesgo de exclusión social.

---

**unir**  
UNIVERSIDAD  
INTERNACIONAL  
DE LA RIOJA

Ciudad: San Sebastián 03-07-2014

Firmado por:

CATEGORÍA TESAURO: 3.4.4.Intervención Social

# RESUMEN

Las personas que se encuentran en situación de riesgo y exclusión social se caracterizan por tener una ausencia parcial o total de hábitos saludables, ya que suelen demostrar una percepción baja de su salud. La pérdida de ésta influye en muchas de las áreas de este colectivo, en concreto en la social, ya que enfermedades de diferentes tipo suelen dar lugar a actitudes de rechazo que derivan en situaciones de discriminación y exclusión.

En este trabajo de fin de grado se presenta una propuesta de intervención, cuyo objetivo es facilitar la integración social de personas en situación de exclusión social, a través de la actividad física dirigida a aquellas personas que padezcan un deterioro sociosanitario, con la finalidad de detectar y trabajar la ausencia de hábitos saludables para valorar el impacto en el bienestar y calidad de vida de estas personas.

**Palabras clave:** Exclusión Social, actividad física, integración, socialización, propuesta de intervención.

# ÍNDICE

<b>1.INTRODUCCIÓN</b>	<b>1</b>
1.1 JUSTIFICACIÓN	2
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
1.3 OBJETIVOS	5
1.3.1. Objetivo general	5
1.3.2 Objetivos específicos	5
<b>2.MARCO TEÓRICO</b>	<b>6</b>
2.1.HISTORIA E IDENTIDAD DEL TÉRMINO DE EXCLUSIÓN SOCIAL-POBREZA	6
2.2.FACTORES QUE ESTÁN PRESENTES EN PERSONAS QUE SE ENCUENTRAN EN UNA SITUACION DE EXCLUSIÓN SOCIAL	9
2.3 COLECTIVOS EN SITUACIÓN O RIESGO DE EXCLUSIÓN SOCIAL EN ESPAÑA	10
2.4 CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LA SALUD	12
2.5 LA ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE INCLUSIÓN SOCIAL	14
<b>3.MARCO EMPÍRICO</b>	<b>15</b>
3.1 POBLACIÓN	17
3.2 OBJETIVOS	18
3.3 DISEÑO DEL PROYECTO	18
3.4 PERIODIZACIÓN	30
3.5 RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES	32
3.6 HERRAMIENTAS PARA LA APLICACIÓN,SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN	37
<b>4. CONCLUSIONES</b>	<b>40</b>
<b>5. LIMITACIONES Y PROSPECTIVA</b>	<b>41</b>
5.1.LIMITACIONES	41
5.2 PROSPECTIVA	42
<b>6.BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>43</b>
6.1 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	43



## **1.INTRODUCCIÓN**

Para determinar la causa de la pobreza, no es acertado relacionarla exclusivamente con una razón económica, ya que hay otros aspectos que determinan esta situación. Por ejemplo, la ausencia de una vivienda y la finalización de los estudios en una etapa prematura, lo que conlleva que existan dificultades para mantenerse en el mercado laboral

Los datos estadísticos que muestra el reciente informe del PNUD del 2013 señalan el aumento de las desigualdades. Destacan que, “aunque existe una gran conciencia a nivel global, el mundo se halla en transición, haciendo un análisis crítico del contexto mundial contemporáneo y promoviendo principios y conceptos que, en un mundo heterogéneo, ayuden a avanzar hacia estrategias de desarrollo humano que respondan a los nuevos desafíos del siglo XXI: reducir o incluso erradicar la pobreza y garantizar el progreso para todos”. (Informe sobre el Desarrollo Humano, 2013, pp 4 ).

El siguiente fragmento, extraído del Informe de la ONU de 2005 sobre la situación social del mundo, ilustra esta situación: “El 80% del Producto Interior Bruto (PIB) mundial pertenece a los 1.000 millones de personas que viven en el mundo desarrollado, y sólo el 20% restante se reparte entre los 5.000 millones de personas que viven en los países en desarrollo. Mientras no se resuelva este dilema de la desigualdad, seguirá siendo difícil alcanzar la justicia social y unas mejores condiciones de vida para todas las personas y todas las comunidades, y los países y regiones seguirán siendo vulnerables a los trastornos sociales, políticos y económicos” (ONU, 2005 , pp 11).

En la actualidad, los Servicios Sociales Municipales han desarrollado determinados programas para que las personas que estén viviendo en esta situación puedan incorporarse a la sociedad, aunque el día a día muestra muchos casos que tienen grandes dificultades para progresar hacia la integración social y, de este manera, se estancan en un modo de vida caracterizado por la pobreza, las adicciones y el aislamiento social.

Cuando una persona llega a encontrarse sin hogar, no es por una simple carencia material o por una única limitación de carácter personal o en su entorno social. “Una situación tan extrema es fruto de un conjunto de carencias y circunstancias

materiales, personales y sociales que configuran un relato único y muy complejo de vida”. (García Herreros, G. 2010) .

La pérdida de salud influye en todas las áreas de la persona, pero principalmente en el ámbito social. En aquellos casos en los que la enfermedad provoca actitudes de rechazo, suele conducir a situaciones de marginación, discriminación o estigmatización social. Por ello, una mala salud puede provocar o reforzar la exclusión social de la persona. Por consiguiente, desde mi visión profesional, considero que es un área donde se pueden mejorar las técnicas y estrategias dentro de un diseño global y coherente basado en la metodología de los itinerarios de incorporación social.

Lo que se expone a continuación es cómo se puede vincular la actividad física con la pedagogía del ocio, de manera que mientras realizan ejercicio físico, en paralelo se trabajan otros aspectos como mejorar la calidad de vida y la socialización.

## **1.1 JUSTIFICACIÓN DEL TEMA**

El tema elegido para este trabajo es la pobreza y la familia, concretamente las personas que se encuentran en exclusión social o en riesgo de exclusión.

Desde el inicio, tenía claro que iba a ser un tema en torno a la problemática en la que trabajo y en la que hoy por hoy más conocimientos tengo. Por tal motivo nos vamos a centrar en la población del municipio guipuzcoano de Irun, zona fronteriza con Francia con diferentes perfiles sociales, culturales y raciales. La localidad posee un comedor y un Punto de Encuentro Social en el que se cubren las necesidades básicas de alimentación e higiene a este colectivo.

Durante mi estancia en mi puesto laboral, he constatado que, aunque se trabaja en muchas áreas y de manera positiva, hay una parte, como es el área de la salud y la actividad física para usuarios con diversas enfermedades, que hay que desarrollarla en mayor medida.

En los últimos años, los usuarios que acuden al centro han aumentado, elevando la media de edad, por lo que es habitual que entre ellos se encuentren personas con

enfermedades crónicas (con obesidad, tensión alta, diabetes...), enfermos mentales y con incapacidades físicas, además de personas con carencias emocionales.

Al ser consciente de esta realidad, valoré la necesidad de trabajar con estas personas, en concreto para mantener o mejorar su situación de salud y estudiar la posibilidad de si se podía llevar a cabo una propuesta de intervención que pudiera demostrar que el ejercicio físico es favorable para su situación personal, aparte de la mental y social. Las personas en dicha situación, tienen en su mayoría una salud precaria provocada por una ausencia de hábitos saludables y, por ello, muestran una percepción baja de su salud.

Considero que mediante la activación social se puede conseguir que las personas participantes se involucren en grupos y actividades y que, a través de estas dinámicas, se produzcan espirales positivas que deriven en un aumento de la autoestima y la motivación. Cabe señalar que en el año 1984, se formula el primer modelo de intervención en ocio (Peterson, C.A. y Gunn, S.L.). Posteriormente a esta publicación se realiza una valoración: si el ocio es un fin en sí mismo o si en realidad es un medio para conseguir unos objetivos sociales, culturales, educativos...

Mi experiencia profesional demuestra que proponer espacios de participación de ocio refuerza la motivación de las personas en situación de exclusión, creando un grupo con un objetivo común, ya que es una herramienta muy poderosa para activar a personas que están estancadas. Vega Fuente, A ( 2003) informa que el ocio es libre y voluntario y que cumple una serie de funciones para el desarrollo individual, valorando el descanso y su diversión personal.

Muchos de los participantes aumentan su autoestima, se ilusionan por algo y se esfuerzan por participar, convivir y explicitar su deseo de mejorar su calidad de vida, retomando relaciones familiares, iniciando procesos de desintoxicación, formándose, buscando trabajo, haciendo deporte, etc.

Utilizando el ocio, involucrando a las propias personas para que sean ellas mismas las que elijan las actividades a realizar, se puede conseguir que el individuo se interese y que los beneficios no se queden únicamente en el ámbito del ocio, sino que se reflejen en toda su personalidad .

En definitiva, la activación social puede y debe ser vista como una inversión en “capacidades”, es decir, en el conjunto de niveles de funcionamiento alcanzables en varias dimensiones de la vida (bienestar material, educación, cultura, trabajo, vida familiar, participación en la sociedad, ciudadanía, etc.).

El presente Trabajo Fin de Grado (TFG) contiene una propuesta de intervención socioeducativa que promueva estilos de vida saludables, potenciando los aspectos positivos de la educación para la salud y desarrollando actuaciones de reducción de riesgos en personas en serio peligro de exclusión social.

## **1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

En nuestra labor diaria nos encontramos con usuarios que padecen algún tipo de enfermedad crónica y con problemas de salud físicos y psíquicos, y que se caracterizan por tener dificultades para saber detectar sus inquietudes y sus necesidades y no usar el tiempo libre de manera satisfactoria. Son personas, en su mayoría, que no tienen interés en participar en actividades relacionadas con el ocio debido al proceso de deterioro en el que se encuentran y a las importantes carencias que les acarrea la exclusión social.

Este colectivo al que nos referimos no se caracteriza por unas determinadas enfermedades específicas, aunque las condiciones de vida poco saludables, derivadas de una dieta deficiente, poco descanso, falta de alojamiento e higiene, carencia de habilidades básicas, o desconocimiento de la necesidad de acudir a un centro médico provocan una gran dificultad para que este colectivo mantenga unos parámetros sanitarios positivos. Todos estos factores provocan, de hecho, diversos problemas de salud.

Por todo ello, se pretende analizar y detectar casos que requieran de esta actividad que posteriormente se explicará, con el objetivo de mejorar la salud, la motivación y la autoestima mediante una metodología de participación social que mejore su calidad de vida y, además, dé respuestas a demandas que no están en el catálogo de recursos.

La experiencia en mi centro de trabajo nos demuestra que proponer espacios de participación de ocio motivantes para este grupo de población, con un objetivo común,

es una herramienta muy poderosa para activar a estas personas que están en las situaciones de riesgo descritas anteriormente.

Mediante la práctica de actividades físicas, ya sean creativas, individuales, en grupo o cooperativas, y deportivas, se pueden potenciar las actividades comunitarias.

Este aspecto incide en los comportamientos de salud, puesto que la participación en actividades positivas reduce la predisposición a conductas de riesgo.

La relación entre actividad física y salud es una evidencia constatada científica y socialmente. Por todo ello, la práctica del ejercicio físico de manera regular, adaptado a las características personales y no estrictamente de rendimiento, produce beneficios en diferentes áreas de la persona, además de que, desde el punto de vista social, la práctica en grupo favorece la comunicación y las relaciones interpersonales, tal como refiere Rodríguez González, A. (1997), que incluye el ocio como medio de rehabilitación psicosocial mediante la promoción de la integración sociocomunitaria.

## **1.3 OBJETIVOS**

Para la elaboración de este trabajo, nos hemos planteado una serie de objetivos.

Estos los podemos diferenciar en un objetivo general y varios específicos. La descripción de todos estos retos la hemos redactado de la siguiente manera.

### **1.3.1 Objetivo general**

Diseñar una propuesta de intervención para facilitar la integración social de personas mayores de 40 años en exclusión social, a través de la actividad física dirigida a aquellas personas que padezcan un deterioro sociosanitario. Dicha propuesta consistiría en una actividad de promoción de la salud para el punto de encuentro social y comedor social.

### **1.3.2 Objetivos específicos**

- Estudiar el perfil adecuado para realizar esta actividad y planificar actividades específicas en función de las necesidades.
- Promover y potenciar el bienestar psicológico y social, y cambios de hábitos entre los participantes para mejorar su integración social.

- Sensibilizar a la sociedad y transmitir una visión en positivo sobre este colectivo.
- Favorecer que otras entidades conozcan el programa, fomentando la participación activa y el trabajo en red.

## **2.MARCO TEÓRICO**

### **2.1 HISTORIA E IDENTIDAD DEL TÉRMINO DE EXCLUSIÓN SOCIAL y POBREZA.**

En la sociedad de hoy, hay numerosos términos que se utilizan y que han ido definiendo un marco de conceptos, que en ocasiones no son acertados, debido a que se está viviendo una época con grandes transformaciones sociales a lo que hay que añadir el fracaso de los sistemas educativos, la globalización, la crisis económica y las nuevas tecnologías, entre otros factores.

Por otro lado, estos cambios se están llevando de manera excesivamente rápida, sin dar casi tiempo a que se pueda asimilar. Además de las relaciones sociales también están cambiando considerablemente. Son muy complejas ya que la realidad también lo es.

En cuanto a establecer un momento concreto en el que surge la definición de 'exclusión social', no existe entre distintos autores un momento puntual. Cabe destacar que un número elevado de autores Castel, R. (1997); Silver, H. (1994); o Stichweh, R. (2005); reconocen que el libro 'Les exclus' (Lenoir, 1974) ha supuesto un hito en el origen del concepto de exclusión, que nace en Francia para nombrar a personas que destacaban por tener problemas sociales. Por el contrario, Redondo, D. (2001), haciendo referencia al libro de Klanfer, J. 'L'exclusion sociale' (1965), recoge cómo en la Revolución Francesa ya se identifica este término.

En la sociedad industrial, las desigualdades guardaban una relación con la situación económica que existía entre los diferentes grupos de personas. De este modo, las estructuras económicas de producción excluyen al obrero de los bienes de producción y le condenan a la pobreza, originando una sociedad clasista, situación que denunciaron tanto León XIII en la 'Rerum Novarum', como Marx en 'El Capital'.

En función de algunas investigaciones realizadas en torno a este tema, el concepto de exclusión social vive su auge en las ciencias sociales de los años 90 (Goizueta, M.; Gaviria, I.; y Laparra, M. (1992), con más de 10 publicaciones en la Web of Science. Pero es en el arranque del siglo XXI cuando aparecen centenares de publicaciones, entre ellas las de Byrne, D. (2002); Gil Villa, F. (2002); Bude, H. y Willis, A. (2008).

El término pobreza tradicionalmente ha estado vinculado a capas de la sociedad que carecían de medios para vivir dignamente, aunque este aspecto se ha modificado por los cambios sociales que se están produciendo en la sociedad y hoy en día abarca más allá de las desigualdades económicas, y llega a los aspectos relacionados con la precariedad laboral, la dificultad de acceder a una vivienda, o la escasez de redes sociales, como recogen Riba, C.; Giménez, L.; Obradors, A.; Giménez, M.; Queralt, D.; Bottos, P.; y Rapoport, A. (2004). Por todo ello, la pobreza amplía su percepción dentro del concepto de exclusión social.

Al hablar de exclusión, se puede diferenciar entre personas que están dentro de la sociedad, por lo que se entiende que pertenecen a ella; frente a las personas que no pertenecen ni participan en los procesos sociales y, por lo tanto, están excluidas. *“Excluido es quedar fuera de una persona, un colectivo, un sector, un territorio, está excluido si no pertenece a..., o si no se beneficia de un sistema o espacio social, político, cultural y económico”*. (Bell Adell, C. 2002. p. 3).

La exclusión, por otro lado, está muy unida al concepto de inclusión (Karsz, S. 2000). Son conceptos contrarios, pero se van construyendo a nivel social ya que intervienen variables de tipo laboral, económico, social, familiar, etc.

Por consiguiente, los límites de la exclusión son cada vez más difusos y complicados de delimitar, ya que, aunque aparecen casos de personas excluidas aparentemente y que padecen una situación de aislamiento, por el contrario viven en condiciones normales, es decir poseen una vivienda, un empleo e, incluso, formación académica. La ETHOS <sup>2</sup> considera que un hogar está diferenciado por tres espacios: el físico, el social y el legal. De este modo considera que hay cuatro categorías que son la base de la Exclusión Social:

---

<sup>2</sup> El indicador ETHOS (Tipología Europea de Sin Hogar y Exclusión Residencial) es un instrumento que pretende abarcar todas las situaciones posibles en las que pueden verse las personas sin hogar.

1. Sin techo.
2. Sin vivienda.
3. Vivienda insegura.
4. Vivienda inadecuada.

Por otra parte, es importante destacar cómo Castel, R. (2004) establece tres tipos de exclusión:

1. Separación completa de la comunidad: Casos como deportaciones, expulsiones de territorios, matanzas....
2. Construcción de espacios cerrados en la comunidad: Casos como cárceles, reformatorios.....
3. Privacidad de derechos básicos y de su participación social: A determinados individuos o colectivos.

En este contexto, uno de los aspectos importantes que se plantea al estudiar a las personas en exclusión social, es definir el término 'sinhogarismo', dada la abundante terminología que es utilizada para denominar a las personas que están en la calle. Es por ello que se entiende por este concepto la falta de alojamiento adecuado, permanente y que proporcione un marco de estabilidad.

Para clasificar bien esta definición, el Observatorio Europeo sobre las personas sin hogar desarrolló una definición con el objetivo de mejorar las políticas de prevención. Cabrera, P.J. y Rubio M.J. (2008) y Subirats, J. (2004) se refieren a los supuestos en los que, por causas económicas, sociodemográficas y por políticas de bienestar, los afectados se hallan en una situación de vulnerabilidad social o precariedad.

No obstante, se detecta en la actualidad un vacío importante en una definición común de estos aspectos, como en el conocimiento sistemático sobre su incidencia, ya que existen escasas investigaciones acerca de este campo que en buena medida queda excluido de las operaciones estadísticas.

## 2.2 FACTORES QUE ESTÁN PRESENTES EN PERSONAS QUE SE ENCUENTRAN EN UNA SITUACION DE EXCLUSIÓN SOCIAL

Al hablar del colectivo en situación o riesgo de exclusión social, nos referimos a aquellas personas que no están en situación de igualdad y que no pueden ejercer una serie de derechos, como el acceso a la vivienda, a una formación académica, y a una protección social. Se caracterizan por ser situaciones que viven en la desprotección y en la marginalidad, debido, en su gran mayoría, a la ruptura con redes familiares y sociales. Por todo ello se intenta promover la incorporación y participación de estas personas a la sociedad. (Ararteko-Defensor del pueblo vasco, 2013).

En la siguiente tabla se refleja cómo la exclusión social se puede analizar en cuanto a datos cuantitativos y objetivos, a partir del análisis de diferentes autores, ya que se pueden obtener de las estadísticas que se realizan anualmente, aunque hay algunos aspectos de difícil medición como son los aspectos cualitativos.

Tabla 1. Factores de exclusión.

Áreas	Factores
<b>Social</b>	-Familias en situación de riesgo (relación convivencial deteriorada o desestructurada). -Escasez o debilidad de redes familiares y sociales. -Rechazo. -Aislamiento.
<b>Personal</b>	-Edad -Género femenino. -Grupo étnico o cultural minoritario. -Extranjeros extracomunitarios.
<b>Laboral</b>	-Extranjeros sin permiso de trabajo o residencia. -Desempleo y precariedad laboral. -Ausencia de cualificación profesional .
<b>Económico</b>	-Ingresos por debajo de la línea del umbral de la pobreza . -Dependencia de prestaciones sociales, sin protección social. -Carencia de ingresos, dificultades financieras.
<b>Educativo</b>	-Bajo nivel de cualificación sin tener finalizados estudios básicos. -Formación ocupacional insuficiente.
<b>Sanitaria</b>	-No tener acceso al sistema sanitario o acceso deficitario. -Enfermedades crónicas, mentales... -Adicciones o enfermedades infecciosas.

Fuente: Elaboración propia a partir de Malgesini, G. y García, M. (2000); Subirats, J. (2004); y Tezanos, J.F. (2001).

## **2.3 COLECTIVOS EN SITUACIÓN O RIESGO DE EXCLUSIÓN SOCIAL EN ESPAÑA**

España, afectada por la actual crisis económica mundial, obtiene una alta tasa AROPE<sup>3</sup> que ha ido creciendo en los últimos años. En su mayor medida son personas en las que se dan, al menos, una de estas tres circunstancias. (Plan Nacional de Acción para la Inclusión Social 2013-2016).

- Se valora la tasa de riesgo de pobreza ya que supone entre el 60% y el 65% del peso del indicador.
- Se analiza la privación material severa que condiciona las posibilidades de consumo. Este componente supone en torno al 11% del indicador.
- Se tiene en cuenta la baja intensidad de empleo en el hogar, que supone el 25% del peso del indicador.

La evolución que ha tenido la exclusión social y la pobreza en España durante esta crisis, se puede considerar mucho más severa que la del global de la Unión Europea, ya que en el año 2008 la tasa AROPE europea era del 23,7%, algo inferior a la española. Y si bien ha aumentado desde entonces, el incremento ha sido mucho más suave que el registrado en España , 1,3 puntos porcentuales entre 2008-2012 frente a los 3,7 de España en el mismo periodo. (Plan Nacional de Acción para la Inclusión Social 2013-2016, p 14).

Por todo ello se pone de manifiesto el esfuerzo que tiene que realizar la Estrategia Europa 2020 para conseguir reducir el número de personas en riesgo de pobreza y exclusión social entre 1,4 y 1,5 millones de personas en el periodo comprendido entre 2009 y 2019 (Plan Nacional de Acción para la Inclusión Social).

En cuanto al aspecto laboral, el desempleo es un elemento que está muy vinculado al término de riesgo o exclusión social. La Encuesta de Población Activa

---

3 El indicador AROPE (por sus siglas en inglés “At Risk Of Poverty and/or Exclución”) es el empleado por la Unión Europea (UE) como medida de los objetivos y logros en el ámbito de la pobreza y la exclusión social.

(EPA) es una investigación llevada a cabo por el Instituto Nacional de Estadística (INE) de forma trimestral para obtener datos del mercado de trabajo.

En España, como se aprecia en el siguiente gráfico, la tasa de paro alcanza el 25,9% en el primer trimestre de 2014, es decir, algo más de uno de cada cuatro personas en edad de trabajar y en busca activa de empleo, está en paro en la actualidad.

**Tabla 2. Tasa de Paro 2014**

	Total	Hombres	Mujeres
Tasa de paro (EPA) [+]	25,9%	25,4%	26,6%
Paro menores de 25 años [+]	55,5%	56,0%	54,9%
Paro mayores de 25 años [+]	23,7%	23,1%	24,5%
Paro entre 16 y 19 años [+]	70,2%	68,3%	72,7%
Paro entre 20 y 24 años [+]	52,9%	53,7%	52,0%
Paro entre 25 y 54 años [+]	24,4%	23,6%	25,3%
Paro mayores de 55 años [+]	19,8%	20,3%	19,1%

Fuente: EPA España I Trim 2014

El II Plan Vasco de Inclusión Activa (2012-2016) manifiesta que en los últimos cuatro años no se han producido grandes cambios respecto a la evolución de los perfiles de la pobreza en la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV).

Las personas sin hogar acumulan un conjunto de problemas encadenados que las convierten en uno de los colectivos más afectados por la exclusión social. Se

caracterizan por no tener establecida su residencia en una localidad determinada aunque puede que este arraigado a ese lugar por un determinado tiempo que, en general, suele ser breve. (Encuesta a las Personas sin Hogar. INE, 2012.).

1. 22.938 personas en 2012 fueron atendidas.
2. El 45% de ellas se quedó sin hogar porque perdió el trabajo.
3. El 20,9% se quedó sin hogar por separación de su pareja.
4. La mitad de las personas sin hogar tiene hijos.
5. El 54,2% son españoles y el 45,8% extranjeros.
6. El 98% de los españoles están empadronados en algún municipio, frente al 77% de los extranjeros.
7. El 40,2% de los españoles tiene menos de 45 años frente al 78,6% de los extranjeros sin hogar.

Respecto a las familias en situación o riesgo de exclusión, cabe señalar cómo ha aumentado el número de hogares monoparentales. En concreto, en el año 2004 esta cifra era de 325.800 hogares (0,8%).

El de las personas drogodependientes es otro colectivo vulnerable a la exclusión social. Entre los datos más significativos, se aprecia el aumento de la edad media del inicio del consumo. En España, hay 425.000 personas dependientes (1%), desde heroínómanos y cocainómanos.

El colectivo de mujeres en situación o riesgo de exclusión es otro colectivo en riesgo. Como dato estadístico, cabe mencionar que 57.527 mujeres (0,13%) denunciaron por malos tratos a sus ex parejas en el año 2004. En ese mismo año, 72 mujeres fueron víctimas de violencia doméstica.

## **2.4. CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LA SALUD**

Cuando se intenta definir el término 'salud', se relaciona con otro aspecto como es la calidad de vida, porque a lo largo de la historia ha ido evolucionando su definición, pese a estar presente desde la época griega. Hubo una época en que el término 'salud' estuvo muy vinculado al de 'enfermedad', por lo que si no se tenía salud, se entendía que el individuo se encontraba enfermo.

Es en el año 1958, cuando este término es modificado por la Organización Mundial de la Salud (OMS)<sup>4</sup> y tiene en cuenta a ésta como un estado de bienestar físico, psicológico y social. El término 'salud' se enfoca hacia el proceso de mantener las capacidades. En concreto la integridad emocional hace que la persona se sienta bien a muchos niveles, mejorando su calidad de vida respecto a enfermedades como trastornos crónicos (asma, hipertensión, diabetes, etc.), por lo que es necesario que los diferentes profesionales que tratan a estas personas atiendan las repercusiones que la enfermedad puede suponer para éstas en diferentes contextos.

Desde la perspectiva económica, es necesario enfatizar en la correlación entre salud y clase social y entre la posición en el trabajo y el estado de salud. La pobreza, la guerra, el racismo, la desigualdad de género, los programas de ajuste estructural, los desplazamientos y las migraciones son identificados como determinantes de riesgo para la salud de las poblaciones.

La perspectiva social comunitaria inserta a las personas en familias, grupos sociales y modos de vida. La evidencia de disparidad social entre grupos se relaciona con desigualdades en salud y bienestar. La desigualdad social y económica ejerce una influencia directa sobre el contenido de las relaciones sociales y sobre la densidad de la cohesión social. También se fundamenta en el estudio de las relaciones entre los comportamientos de las personas y la aparición de problemas de salud.

Las redes de interacción de grupos sociales en los que participan las personas constituyen referentes culturales de gran valor para la comprensión de la salud. Los principales determinantes que condicionan la salud y la enfermedad derivan de los efectos de la desigualdad en la distribución del poder económico y social y sus remedios deben ser políticos (Benach, J. y Mustelier, C. 1995).

Asimismo, Levi, L. (2001) estima que para el 2020 tanto las afecciones vasculares, como las depresiones y el stress serán causas principales de muerte, ya que

---

4 OMS: Organización Mundial de la Salud. Es el organismo de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) especializado en gestionar políticas de prevención y promoción en salud a nivel mundial.

"las significativas transformaciones políticas y económicas, y especialmente la reforma del sector de la salud, iniciada en la mayoría de los países del continente, no se han

reflejado positivamente en el desarrollo de las condiciones de vida ni en la manera de promover con equidad mejoras en la situación de salud de nuestras poblaciones" (Med, E. 1 95, p 119). Por todo ello, la salud realiza una búsqueda hacia los recursos que tiene la sociedad para recuperar el Estado de Bienestar y de este modo disminuir la posibilidad de enfermar. (Martín Alfonso, L. 2009).

## **2.5 LA ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE INCLUSIÓN SOCIAL**

Cuando se trata el tema del ocio, en primer lugar entendemos que es el tiempo libre para dedicar una serie de actividades.

El deporte, desde un punto de vista sociológico, es reconocido como una interesante y práctica herramienta para la socialización, en concreto en personas con dificultades para la integración. (García-Ferrando, M.; Lagardera, F. y Puig, N. 2005).

El deporte se identifica como una actividad que tiene unas normas y sanciones. Asimismo, se otorga y se obtiene reconocimiento. Para ello, se cumplen unas normas básicas de socialización. Sin embargo, es un elemento al que no se le da el valor que merece, y en ocasiones no hay cultura de poner en práctica dicho aspecto.

El ocio y la actividad física son una herramienta muy importante para mejorar en un proceso de inserción social, ya que favorecen la autonomía y la satisfacción, y mejoran la calidad de vida de los individuos que la utilizan.

Una de las manifestaciones de la exclusión social, definida como la falta de acceso a los bienes, las oportunidades y las relaciones sociales disfrutadas por otros, es la falta de acceso a los servicios de salud. Por todo ello, se podría considerar que la exclusión en salud es una expresión de la exclusión social.

Sin embargo, existen aspectos de la exclusión en salud que no conllevan el elemento de pérdida de la integración social que es central en la idea de exclusión social y que parece depender de variables más propias del sector, como el modelo de provisión de servicios; la asignación de recursos humanos, tecnológicos y financieros al

interior del sector, y el grado de información de los usuarios de los servicios. De este modo, se podría concebir la exclusión en salud como una entidad distinguible, que no es posible explicar solo a través de la pobreza o la exclusión social.

La protección social en salud defiende que son los poderes públicos los que deben satisfacer las demandas que realizan todos los ciudadanos y, de esta manera, tener un acceso de manera oportuna a los servicios y asegurar la atención de salud a través de la provisión pública de servicios de calidad. Es en estos momentos de crisis donde este tema toma más relevancia, por lo que es imprescindible plantear estrategias para reducir el impacto en la salud de este colectivo. En España son escasas las

acciones dirigidas por medio de la actividad física a las personas en situación desfavorecida. Sin embargo, como indican Balibrea, E.; Santos, A.; y Lerma, I. (2002), ya se empezaban a realizar actividades deportivas dirigidas a este colectivo.

El deporte aporta una visión de innovación, además de ser complementario con otras técnicas utilizadas en la profesión de lo social y multiplicar su eficacia, como constatan los tres especialistas en la materia anteriormente citados, que con sus líneas de investigación abrieron un campo poco trabajado, destacando sus potencialidades que se detallan en la siguiente tabla.

Tabla 3.

<p><b>NIVEL INDIVIDUAL</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumento de autoestima.</li> <li>• Responsabilizarse de su salud.</li> <li>• Reforzar la identidad personal.</li> <li>• Aumento de habilidades sociales.</li> <li>• Facilita la trasmisión de valores deportivos.</li> <li>• Ocupación del tiempo libre.</li> </ul>
<p><b>NIVEL COLECTIVO</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Es un medio de inserción y de socialización.</li> <li>• Da la oportunidad de relacionarse con gente nueva.</li> <li>• Propicia la interacción entre los participantes y el desarrollo de la personalidad.</li> <li>• Proporciona la ocasión de construir experiencias grupales y reforzar la sociabilidad.</li> </ul>

Fuente: Elaboración propia a partir de Balibrea, E.; Santos, A.; y Lerma, I. (2002)

### **3. MARCO EMPÍRICO**

Se pretende elaborar una propuesta para que un grupo determinado de usuarios del punto de encuentro y comedor social en el que trabajo participen en una actividad

física para fomentar el desarrollo de aptitudes y actitudes mediante la inculcación de valores educativos.

Para ello, el primer apartado que se ha tratado es el de la población que asiste de manera habitual al centro social. Aunque consideramos que es una buena propuesta, concluimos que, para comenzar esta actividad de forma piloto, sería mas adecuado delimitar la franja de edad teniendo en cuenta una serie de indicadores que hacen que sean más propicias unas determinadas personas para realizar esta actividad.

En el segundo apartado se trabaja el objetivo principal con el cual se pretende conseguir que los participantes de este proyecto adquieran, además de unos hábitos saludables mediante el ejercicio físico, un aprendizaje para la mejora de su higiene física y psíquica. Para ello, se tienen en cuenta unos objetivos específicos y se trabajan las habilidades motrices a través del movimiento, con la finalidad de facilitar su autonomía personal, mejorando hábitos socializadores y promoviendo las relaciones con el resto de participantes de una manera activa.

En el tercer apartado se trata de establecer el diseño del proyecto. El objetivo es evaluar una programación de ejercicio físico para mejorar la salud, los hábitos y las formas de vida mediante una propuesta de intervención social con una muestra de personas usuarias del centro social que se encuentra en una situación de exclusión social. Para ello, se establece una serie de tareas a realizar para el diseño del proyecto.

En el cuarto apartado hace referencia a la periodización que va a tener el proyecto. De esta manera se plantea el tener un cronograma de las actividades a realizar

En el quinto apartado se analizan los recursos humanos y materiales que se requieren para la realización y puesta en marcha del proyecto. Para ello se estudian al detalle todas las tareas a realizar y de qué recursos humanos y materiales requieren.

Y para finalizar en el apartado seis ,se analiza el seguimiento y la evaluación del proyecto, teniendo en cuenta una serie de indicadores para evaluar durante la realización del proyecto si se van cumpliendo los plazos establecidos.

### **3.1 POBLACIÓN**

Los usuarios que acuden al centro tienen edades que comprenden desde los 18 años hasta los 81, pero debido a la actividad que se quiere realizar en función de sus problemas de salud, se delimita la participación a quienes están en la franja entre 45 y 81 años.

Son personas de ambos sexos que pertenecen tanto al territorio español como a otros países. Dado que es una actividad piloto, se contará con un grupo pequeño.

Las mujeres y hombres a los que se dirige el programa son personas mayores de edad de más de 45 años, en situación de exclusión social grave o sinhogarismo, que son usuarios habituales del Punto de Encuentro y Comedor Social. Según los datos registrados, en cuanto a su caracterización:

- Mujeres y hombres, que acumulan problemáticas asociadas al sinhogarismo, principalmente con enfermedades crónicas (diabéticos, hipertensión, problemas cardíacos).
- Mujeres y hombres en situación de exclusión con una demanda latente, es decir, no practican actividad física pero les gustaría y no se atreven por las barreras relacionadas con el estado de la salud o las limitaciones físicas o motrices percibidas.
- Mujeres y hombres con necesidad de desarrollar una serie de habilidades de relación.
- Mujeres y hombres sin hogar y que, por lo tanto, carecen de un lugar de localización para su proceso de incorporación social y laboral.
- Mujeres y hombres que debido a sus carencias ambientales no han desarrollado las habilidades necesarias para su integración social y laboral, ni conocen los recursos que la sociedad les ofrece para salir de su situación de exclusión.
- Mujeres y hombres que por una problemática de índole psicosocial han

sido desplazados de los cauces laborales y sociales, lo que ha deteriorado su capacidad de retorno sin apoyo.

### **3.2 OBJETIVOS**

Se pretende que a través de estos objetivos se adquieran hábitos saludables desde el ejercicio de una actividad física de promoción para la salud. Se intenta que desde la realización de una actividad de ocio exista un aprendizaje para mejorar una salud deficitaria e higiene física y psíquica, provocada por una ausencia de hábitos saludables.

Los objetivos que se pretenden alcanzar con la ejecución del proyecto que planteamos son:

- ◆ Desarrollar habilidades motrices a través del movimiento.
- ◆ Facilitar a los participantes su autonomía personal para la participación en actividades de ocio normalizado.
- ◆ Adquisición de hábitos socializadores de las personas incorporadas. Promover relaciones positivas con las demás personas que intervienen.
- ◆ Participar en la actividad de una forma activa, mejorando su autoestima personal.

### **3.3 DISEÑO DEL PROYECTO**

En este trabajo se va a realizar una investigación educativa de tipo pragmático con la que se pretende estudiar, diseñar y evaluar una programación de ejercicio físico para mejorar la salud, los hábitos y las formas de vida mediante una propuesta de intervención social de una muestra de personas usuarias del centro social, que se encuentran en una situación de exclusión social.

Para poderlo llevarlo a cabo hemos realizado las siguientes tareas:

Tabla 4. Elaboración propia.

<b>TAREAS</b>	<b>ESTRUCTURA DEL PROYECTO</b>	<b>METODOLOGÍA</b>
<b>TAREA 1</b>	Recopilación de información	Investigación bibliográfica, páginas web
<b>TAREA 2</b>	Solicitud de permiso	Reunión con Servicios Sociales del Ayuntamiento.
<b>TAREA 3</b>	Realización de asambleas	Reuniones establecidas en el centro social.
<b>TAREA 4</b>	Técnicas de recogida de información.	Realización de cuestionarios
<b>TAREA 5</b>	Análisis y conclusiones de la propuesta	Análisis de los test realizados y elección de los usuarios.
<b>TAREA 6</b>	Diseño de la propuesta de intervención	Diseño de una actividad física
<b>TAREA 7</b>	Reuniones individuales y grupales.	Reuniones para determinar de manera conjunta el desarrollo de la actividad.
<b>TAREA 8</b>	Ejecución de la actividad	Puesta en marcha de la actividad.
<b>TAREA 9</b>	Cuestionario de satisfacción	Realización de cuestionarios
<b>TAREA 10</b>	Análisis y conclusión final	Comparación de los resultados obtenidos en un inicio y en la finalización de la actividad.
<b>TAREA 11</b>	Gestión del proyecto	Control exhaustivo de las fases planteadas.

### **TAREA I: Lectura de literatura escrita**

#### ● *Descripción de la tarea:*

Para llevar a cabo la recogida de información, se ha realizado una lectura de la literatura escrita para desarrollar el marco teórico y, de esta manera, poder basarse en el diseño de la actividad que promueva una mejora en la salud, aumente la autoestima y logre que se ilusionen por algo. Se ha acudido a librerías especializadas con manuales

para el estudio del tema. Seguidamente se han consultado revistas , artículos y estudios que han tratado este tema.

● *Riesgos de la tarea y plan de contingencia*

Uno de los riesgos que se corre es saber delimitar de manera óptima la información a recoger, por lo que nos ceñiremos al tema a tratar, sin entrar en la multitud de definiciones que nos podemos encontrar.

● *Duración estimada:*

Esta tarea está programada para que un profesional del equipo destine cuatro horas diarias durante cinco días.

**TAREA II: Solicitud de permiso para realizar esta investigación**

● *Descripción de la tarea:*

En primer lugar, al ser un recurso municipal financiado por al Ayuntamiento de Irun, se solicitará autorización para realizar estas intervenciones. La relación es muy fluida y en otras ocasiones se ha tratado la posibilidad de ampliar las actividades que realizamos en el centro, por lo que, aunque no la conocen con exactitud, consideramos que esta propuesta será bien recibida. Por ello se requiere realizar un planteamiento de la solicitud, construcción del documento, puesta en común con el equipo, envío del documento y para finalizar seguimiento para determinar fecha de reunión.

Las vías de incorporación al programa pueden ser:

- Usuarios del centro.
- Acceso directo, informado por otras personas usuarias. (A valoración).
- Derivaciones hechas a partir de la presentación del programa por Servicios Sociales, Servicio de Salud Mental y con otras asociaciones. (A valoración).
- Dotar de eco público a estas dinámicas, mediante su publicación en medios de prensa, radio y televisión de carácter local y provincial.

Al ser un proyecto piloto, inicialmente se contará con un grupo reducido de usuarios habituales del centro, aunque los técnicos realizarán una discriminación positiva en los posibles casos de derivación.

● *Riesgos de la tarea y plan de contingencia:*

El riesgo más evidente es que la entrevista con la concejala que tiene que autorizar el permiso se demore más de lo estipulado, porque retrasaría los plazos acordados. Para evitarlo, se intentará realizar el contacto con antelación y realizar un seguimiento contante mientras se permanece a la espera de respuesta.

● *Duración estimada:*

Un profesional del centro estará dedicado una semana para el planteamiento de la solicitud, la construcción del documento y la ejecución de una reunión de equipo a la que acudirá la responsable del centro junto al profesional que se hará cargo del programa, la cual se contempla que tenga una duración de dos horas. Para ello está previsto que se dedique 20 horas y 2 horas del responsable del centro.

En cuanto a la gestión administrativa de seguimiento, supervisión, concreción y ejecución de una reunión, está previsto que dedique cinco horas a la gestión en un tiempo de cuatro días. Para esta reunión también asistirá la responsable que dedicará dos horas. Por lo tanto, en esta tarea, el profesional que supervisará la actividad dedicará un total de ocho horas y la responsable, tres horas.

**TAREA III: Realización de asambleas**

● *Descripción de la tarea:*

Una de las actividades que se realiza de manera habitual y con la que se consiguen grandes resultados son las asambleas. Los profesionales del centro nos reunimos una vez al mes con los usuarios para plantearles asuntos a tratar y son ellos, en muchas ocasiones, los que utilizan este espacio para comentar asuntos a mejorar o a plantear. Por ello, se utilizarán los medios habituales para avisar del día de su realización y explicar la intención de realizar una actividad continuada nueva.

Se les hará partícipes del objetivo y de los motivos de limitarse a unos perfiles determinados que están definidos en el apartado anterior.

Es muy interesante que todas las personas puedan beneficiarse de esta actividad, pero se detecta la necesidad de comenzar a realizarla según los perfiles que más requieren de ella, y con un grupo reducido al ser una experiencia piloto.

Una vez que se haya expuesto la idea de poner en marcha un nuevo proyecto con personas que cumplen con unas características particulares, se les preguntará quién se muestra voluntario a participar.

● *Riesgos de la tarea y plan de contingencia:*

Uno de los riesgos a prevenir es que algunos de los usuarios que pueden ser claramente candidatos para mejorar su salud mediante esta actividad, decidan no querer participar. Para ello se activarán sesiones individuales con estas personas que en una primera sesión se niegan a implicarse. El objetivo es hacerles ver la importancia y los beneficios que les supondrá esta actividad. Por tanto, se prevé que haya un número de personas que se tenga que dedicar unas horas al trabajo individual con estas personas en el despacho.

● *Duración estimada:*

Las asambleas se realizarán un día cada dos semanas con una duración de dos horas respectivamente y a las sesiones individuales se dedicarán 32 horas durante dos semanas. Se requieren cuatro horas de preparación para la elaboración de un guión para dirigir las asambleas. En total el profesional del centro dedicará un total de cuarenta horas en dos semanas.

#### **TAREA IV: Técnicas de recogida de información**

● *Descripción de la tarea:*

Puesto que el objetivo principal de este trabajo es que el grupo de personas que acude de manera habitual al punto de encuentro y comedor social, adquiera hábitos saludables desde el ejercicio de una actividad física de promoción para la salud y que exista un aprendizaje para mejorar una salud deficitaria y una higiene física y psíquica, lastradas por una ausencia de hábitos saludables, se hace necesario medir de alguna forma estos aspectos. Para ello se hará uso de un cuestionario adaptado para este

colectivo. Éste está dividido en distintas variables que miden la dimensión personal, relacional, emocional, sanitaria y de ocio para conocer en qué situación está cada participante.

El cuestionario está constituido por dieciséis preguntas cerradas, con solo tres opciones de respuesta ('sí', 'no' y 'a veces'), ya que hay que facilitar esta labor a los usuarios por su situación y dar todo tipo de facilidades para su realización. Para ello no debe ser excesivamente largo y tiene que redactarse con un léxico adecuado a este colectivo. Para medir cada una de las dimensiones, se crean cuatro items que aparecen en la siguiente tabla.

*Tabla 5.*

DIMENSIÓN	ITEM
<b>Personal</b>	Pienso en planes de futuro
	Tengo hábitos de higiene y limpieza
	Creo que puedo mejorar mi situación
	Tengo expectativas de mejora
<b>Relacional</b>	Tengo relaciones sociales
	Soy una persona abierta y alegre
	Hago fácilmente amigos
	Me siento limitado para tener amigos
<b>Emocional</b>	Tengo miedo a realizar algunas cosas
	No me encuentro con mucho ánimo
	Me pongo nervioso
	Cambio de carácter con facilidad
<b>Salud</b>	Tengo buen estado de salud
	Tengo enfermedades crónicas
	Acudo al medico con asiduidad
	Me gusta como estoy físicamente
<b>Ocio</b>	Realizo ejercicio físico de manera habitual
	Soy bueno haciendo deporte
	Realizo actividades para mi ocio
	Realizo actividades de mi gusto

● *Riesgos de la tarea y plan de contingencia:*

Uno de los riesgos más previsibles que se puede producir es que la duración estimada para la realización de los cuestionarios se alargue más de lo previsto. Hay que tener en cuenta con qué colectivo se está trabajando. Hay factores que hacen difícil asegurar que vayan a acudir el día previsto para la realización de estos cuestionarios. Por tanto, aunque se exija un trabajo más amplio, es aconsejable que el mismo día que aceptan la participación en esta actividad, se les pase el cuestionario a rellenar, ya que de esta manera nos evitamos imprevistos como la no asistencia al centro en muchos días. Es posible que debido a carencias educativas requieran de un profesional que les apoye en esta tarea, por lo que en la duración estimada están contempladas estas horas.

● *Duración estimada:*

A esta tarea está prevista que el profesional del centro dedique una semana con una duración estimada de veinte horas para la elaboración de los cuestionarios. A continuación se realizan los cuestionarios a los usuarios interesados, con la participación de dos técnicos del centro (uno de ellos será el profesional que está liderando la actividad) y de la responsable. La duración estimada es de veinte horas respectivamente durante una semana. Por lo tanto la profesional que lidera esta actividad dedicará cuarenta horas en dos semanas y la responsable, veinte en el mismo periodo de tiempo.

**TAREA V: Análisis descriptivo de los datos**

● *Descripción de la tarea:*

Tras la cumplimentación de dicho test se realizará un análisis descriptivo de los datos, y se determinará qué personas cumplen con las condiciones establecidas y quiénes tienen una menor puntuación, lo que significará que son los más idóneos.

Cuando se tenga los resultados definitivos se realizará una reunión de equipo.

● *Riesgos de la tarea y plan de contingencia:*

Hay que cumplir con el número de participantes que se ha estipulado, siendo un riesgo el tener que eliminar a personas que están interesadas, pero prima el hecho de conseguir que los participantes sean las personas que cumplen más condiciones.

● *Duración estimada:*

Esta actividad la realizará el profesional dedicado a este proyecto que empleará durante diez días cuatro horas diarias. Por lo tanto, cuarenta horas. Para la realización

de la reunión de equipo se estima que se requiera de tres horas en las que participará la responsable y el profesional de referencia.

## **TAREA VI: Diseño de la propuesta**

### ● *Descripción de la tarea:*

Esta propuesta ha sido ideada para que los usuarios realicen ejercicio físico y, mediante éste, se trabajen aspectos muy importantes para que el ocio no sea únicamente el objetivo, sino que se puedan iniciar procesos de mejora, procesos de

desintoxicación, etc..., que puedan llegar a mejorar o retomar relaciones familiares y, por ello, los cambios que se produzcan también se reflejen en toda su personalidad.

#### ➤ Hábitos Saludables

Mediante esta actividad de ejercicio físico se intenta trabajar aspectos relacionados con hábitos saludables.

#### ➤ Prevenir un estancamiento social

Participar en esta actividad conlleva que, mientras se está realizando ésta, existe una menor degradación del entorno social de la persona.

#### ➤ Motivación

Es una parte esencial del proyecto, ya que cada persona accede voluntariamente a realizar esta actividad, por lo tanto ya está adquiriendo un compromiso.

#### ➤ Participación

La participación asidua a una actividad es una prueba importante que da lugar a estímulos positivos que derivan en una mejora del proceso personal.

#### ➤ Aumento de las capacidades sociales

Realizar la actividad con más personas en situaciones similares provoca que aumente la capacidad de relacionarse con otras personas, además de trabajar aspectos como la confianza en sí mismo, empatía, asertividad...

### ● *Riesgos de la tarea y plan de contingencia:*

En esta tarea hay que tener presente la duración estimada y para ello se intentarán cumplir los plazos .

● *Duración estimada:*

Esta tarea está programada para que un profesional del equipo destine unas veinte horas durante cinco días.

**TAREA VII: Reuniones individuales y grupales**

● *Descripción de la tarea:*

Una vez analizados los datos obtenidos mediante los cuestionarios y teniendo un diseño de la propuesta, se establecen reuniones individuales y grupales.

Inicialmente se realizan de manera individual para analizar los datos obtenidos y comunicar si está en el grupo.

Inmediatamente después de anunciar los usuarios que participarán en la actividad, se plantea una reunión grupal con el objetivo de involucrar al grupo y hacerles partícipes, consultándoles el tipo de actividades a realizar, con el objetivo de que la persona se interese y que los beneficios no sean únicamente los derivados del ocio. Para todo ello es necesario crear por parte del profesional un ambiente de confianza para que los participantes se sientan cómodos a la hora de mostrar sus opiniones.

● *Riesgos de la tarea y plan de contingencia:*

Al ser un proyecto piloto, se ha decidido comenzar por un número reducido de personas que sean las más acordes para realizar esta actividad. El riesgo que puede conllevar es que personas que hayan rellenado el cuestionario no sean las más propicias para seleccionarlas y que pueda surgir algún tipo de conflicto. Ante estos posibles comportamientos agresivos se prevé comentar el resultado con los dos técnicos del centro para que exista un respaldo y un consenso a la hora de argumentar las razones.

● *Duración estimada:*

Esta tarea está programada para que dos profesionales del equipo destinen cuatro horas diarias durante dos semanas, para un total de cuarenta horas cada trabajador.

**TAREA VIII: Ejecución de la actividad**

● *Descripción de la tarea:*

Tras poner en común mejoras para la realización de la actividad, se pone en marcha con una duración de catorce semanas. Al finalizar cada actividad, mientras dure ésta, se rellenará una hoja de evaluación de cada participante.

En la semana octava se convocarán reuniones individuales para realizar un seguimiento y una valoración.

La actividad física consistirá en la realización de paseos destinados a este colectivo, por ello se debe tener en cuenta el tipo de participantes, ya que son personas

sedentarias que responderán muy positivamente a pequeños estímulos de ejercicios leves y moderados.

De este modo mejorarán su condición física cardiorrespiratoria, su resistencia muscular, su flexibilidad y la velocidad de reacción, así como sus habilidades sociales y su autoestima.

Previamente a la realización de estos paseos, se realizará un calentamiento con ejercicios leves o moderados, acompañados de ejercicios de flexibilidad unidos a ejercicios respiratorios.

Tabla 7. Fuente: Elaboración propia

<b>FRECUENCIA</b>	2 veces a la semana
<b>DURACIÓN</b>	Inicio con 12 minutos e ir ascendiendo gradualmente. Objetivo: llegar a los 40 minutos
<b>INTENSIDAD</b>	Aumentará en función de la mejoría

Este proyecto se iniciará con una duración de catorce semanas, siempre dependiendo de la aceptación y compromiso de los usuarios.

Se realizarán dos sesiones semanales de unos cuarenta minutos de duración máxima de ejercicios aeróbicos.

Tabla 8. Fuente: Elaboración propia

<i>MODALIDAD: CAMINATA</i>	<i>SEMANAS</i>	<i>DURACIÓN</i>	<i>FRECUENCIA SEMANAL</i>
<b>ACONDICIONAMIENTO</b>	-1 <sup>a</sup> y 2 <sup>a</sup>	10-12 minutos	2 días
	-3 <sup>a</sup> y 4 <sup>a</sup>	12-15 minutos	
	-5 <sup>o</sup> y 6 <sup>o</sup>	15-20 minutos	
<b>MEJORA DE LA ACTIVIDAD</b>	-7 <sup>a</sup> y 8 <sup>a</sup>	20-25 minutos	2 días
	-9 <sup>a</sup> y 10 <sup>a</sup>	25-30 minutos	
	-11y 12 <sup>a</sup>	30.35 minutos	
	-13 <sup>a</sup> y 14 <sup>a</sup>	35-40 minutos	

● *Riesgos de la tarea y plan de contingencia:*

Uno de los problemas habituales que se producen con este colectivo cuando se realiza algún tipo de salida cultural es que no son puntuales, por lo que retrasan los horarios establecidos. Por ello, se comenzará la actividad de manera puntual desde el mismo momento en que haya un participante. De esta manera, tienen un aprendizaje de responsabilizarse de acudir de manera puntual, ya que, si no, la actividad se da por comenzada incluso en su ausencia.

● *Duración estimada:*

La actividad se realizará durante cinco semanas con una dedicación de la responsable de la actividad de cuatro horas diarias, tanto para la realización de la actividad como para llevar al día todos los informes y tener preparado el material de higiene. Por ello, se prevé una dedicación de cien horas.

**TAREA IX: Cuestionario de satisfacción:**

● *Descripción de la tarea:*

Cuando se hayan finalizado las catorce semanas de la actividad se les pasará a todos los participantes un cuestionario de satisfacción en el que plasmarán una reflexión acerca de su situación real.

● *Riesgos de la tarea y plan de contingencia:*

El peligro principal, como se ha comentado con el ejemplo de los anteriores cuestionarios, es que alargue más de lo previsto por la no realización de los cuestionarios por olvidos o excusas similares. Por ello, aunque se exija un trabajo más

amplio, es aconsejable que el mismo día que se finalice la actividad se les pase el cuestionario de satisfacción para finalizar el asunto en ese mismo instante.

● *Duración estimada:*

Para esta tarea se requiere la participación de dos técnicos del centro (uno de ellos será el profesional que está liderando la actividad) y de la responsable. La duración estimada es de veinte y diez horas, respectivamente.

### **TAREA X: Análisis y conclusiones de la propuesta**

● *Descripción de la tarea:*

Asimismo, tras la finalización de la actividad, se volverán a repetir los cuestionarios iniciales para evaluar si su salud, y los hábitos y formas de vida han mejorado.

La propuesta no se puede llevar a cabo este año por falta de tiempo y recursos. A pesar de ello, se prevé que el año que viene se amplíe el presupuesto y el horario y se pueda ejecutar la actividad. Es una aportación necesaria y muy beneficiosa que puede venir bien no solo al centro, sino a todos sus usuarios.

● *Riesgos de la tarea y plan de contingencia:*

Es muy importante cumplir con los plazos establecidos por lo que se decide que se dedique a esta tarea unas horas para su ejecución.

● *Duración estimada:*

Esta actividad la realizará el profesional destinado a este proyecto, al que estará dedicado durante cuatro semanas, para un total de 80 horas durante un mes.

### **TAREA XI: Gestión del proyecto**

● *Descripción de la tarea:*

Esta tarea es una de las más importantes, ya que trata de establecer las metas y elegir una serie de medios para llegar a ellas. Por tanto es la tarea para medir si los

aspectos que queremos conseguir se están logrando y permite realizar cambios de posibles problemas que vayan surgiendo.

● *Riesgos de la tarea y plan de contingencia:*

Es muy importante realizar una buena gestión del proyecto e ir evaluando en plazos de tiempo para valorar si se van cumpliendo los plazos fijados, ya que de otra manera hasta la finalización del proyecto no se realizaría la evaluación y no se podrían hacer las rectificaciones pertinentes.

● *Duración estimada:*

Esta actividad se realizará durante la duración del proyecto.

### **3.4 PERIODIZACIÓN**

Una vez descritas las tareas del proyecto, se detalla a continuación el calendario de ejecución, las sesiones necesarias y las actividades a realizar en cada una de ellas.

Este proyecto es posible que pueda ejecutarse en el próximo año 2015. La mayoría de las actividades propuestas se muestran desarrolladas por semanas en un total de siete meses. Los encuentros se efectuarán de lunes a viernes, adecuándose al horario del centro social.

Tabla 6: Cronograma con las actividades de la propuesta de intervención

Fuente: Elaboración propia

MESES																												
ACTIVIDADES	ENERO				FEBRERO				MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO				JULIO			
	SEMANAS																											
TAREA 1	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Consulta del tema																												
TAREA 2																												
Planteamiento de la solicitud																												
Construcción del documento																												
Reunión del equipo																												
Envío del documento																												
Seguimiento, cita y reunión																												
TAREA 3																												
Realización de asambleas																												
Sesiones individuales																												
TAREA 4																												
Elaboración de cuestionarios																												
Realización de cuestionarios																												
TAREA 5																												
Análisis de los datos																												
TAREA 6																												



de donaciones, con grandes posibilidades de que las negociaciones acaben de manera favorable.

Además, para su aseo después del ejercicio físico se les proporcionará de la misma forma utensilios para su higiene, que ya les ofrecemos en horario matinal para su cuidado personal. En este caso el pedido habría que ampliarlo.

En el apartado de recursos humanos se pueden identificar las personas que van a participar en este proyecto.

En este caso se requiere de un trabajador social para que dirija y dinamice la actividad. Como los presupuestos para el año que viene se van ampliar y las jornadas de trabajo también, con ampliación de personal, no supondría un incremento de presupuesto ni de gasto añadido más que el previsto. Sí que habría que determinar que siempre sea la misma figura quien realice esta actividad y que desempeñe las tareas explicadas en el punto anterior, como la recopilación de información, solicitud de permisos y dedicación a realizar las entrevistas tanto individuales como colectivas.

Ya que una de los profesionales con contrato en vigor a día de hoy ha ideado la propuesta y está dispuesta a ponerla en práctica, no se prevé que se tenga que contratar para esta actividad personal externo.

Debido a que esta actividad se realizará en horario de tarde y se utilizarán en mayor medida los servicios del centro, en especial las duchas después de la realización de la actividad, se prevé una ampliación del personal de limpieza.

Por todo ello, se realiza un desglose teniendo en cuenta las tareas explicadas anteriormente.

**Tarea 1 :Descripción de la tarea:**

- Recursos Materiales:
  - Ordenador
  - Despacho
  - Material de oficina
- Recursos Humanos:
  - Trabajador Social: veinte horas

**Tarea 2 : Solicitud de autorización**

- Recursos Materiales:
  - Ordenador con conexión a internet
  - Despacho
  - Material de oficina
  - Teléfono
  - Fotocopiadora
- Recursos Humanos:
  - Trabajador Social: 25 horas
  - Responsable del centro : cinco horas

### **Tarea 3: Preparación de Asambleas**

- Recursos Materiales:
  - Ordenador
  - Despacho
  - Material de oficina
  - Tablón de anuncios
  - Alimentos y bebidas
- Recursos Humanos:
  - Trabajador Social: cuarenta horas durante dos semanas.

### **Tarea 4: Elaboración y realización de cuestionarios**

- Recursos Materiales:
  - Ordenador
  - Despacho
  - Material de oficina
- Recursos Humanos:

- Trabajador Social: cuarenta horas durante dos semanas.
- Responsable del centro : veinte horas

**Tarea 5: Análisis de los datos**

● Recursos Materiales:

- Ordenador
- Dos despachos
- Material de oficina

● Recursos Humanos:

- Trabajador Social: cuarenta horas durante dos semanas.
- Responsable del centro: tres horas

**Tarea 6: Análisis de los datos**

● Recursos Materiales:

- Ordenador
- Despacho
- Material de oficina

● Recursos Humanos:

- Trabajador Social: veinte horas durante una semana.

**Tarea 7: Reuniones individuales y grupales.**

● Recursos Materiales:

- Ordenador
- Despacho
- Material de oficina

● Recursos Humanos:

- Trabajador Social: cuarenta horas en dos semanas.
- Técnico del centro social: cuarenta horas en dos semanas.

**Tarea 8: Ejecución de la actividad**

● Recursos Materiales:

- Ordenador
- Despacho
- Material de oficina

● Recursos Humanos:

- Trabajador Social: cien horas en dos semanas.
- Técnico del centro social: nueve horas durante la realización de la actividad para realizar reuniones de control.

***Tarea 9: Cuestionario de satisfacción.***

● Recursos Materiales:

- Ordenador
- Despacho

Material de oficina

● Recursos Humanos:

- Trabajador Social: cien horas en dos semanas.
- Técnico del centro social: nueve horas durante la realización de la actividad para celebrar reuniones de control

***Tarea 10: Análisis y conclusiones de la propuesta***

● Recursos Materiales:

- Ordenador
- Despacho
- Material de oficina

● Recursos Humanos:

- Trabajador Social: ochenta horas en cuatro semanas.

**Tarea 11: Gestión del proyecto**

● **Recursos Materiales:**

- Ordenador
- Despacho
- Material de oficina

● **Recursos Humanos:**

- Auxiliar de limpieza: 140 horas en la duración de los siete meses del proyecto.

De acuerdo con lo anteriormente explicado, el presupuesto asciende a esta cantidad orientativa.

● *Presupuesto recursos humanos:*

1 Trabajador Social (responsable de la actividad)	430 h x 25 h/€=	<b>10.750€</b>
1 Responsable del centro	38 h x 30 h/€=	<b>1.140€</b>
1 Técnico del centro	49 h x 25 h/€=	<b>1.225€</b>
1 Auxiliar de limpieza	140 h x 15 h/€=	<b>2.100€</b>

---

**TOTAL: 15.215€**

● *Presupuesto recursos materiales :*

Pedido limpieza	400€
Material de oficina	500€
Gastos de teléfono	300€
Donación de ropa deportiva	0 €

---

**TOTAL: 1200€**

**PRESUPUESTO TOTAL= 16.415€**

### **3.6 HERRAMIENTAS PARA LA APLICACIÓN ,SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN.**

El diseño de indicadores de seguimiento y evaluación tiene como reto principal mantener el proyecto alineado con sus objetivos y poder evaluar la actuación o ejecución determinada en cualquier punto de éste. Además, facilita el análisis de tendencias futuras que permiten estimar los costes y plazos de finalización del proyecto.

Todas las dimensiones del proyecto han de ser gestionadas de manera global, integrando costes, plazos, alcance y calidad en el método de control utilizado.

Para gestionar el día a día del proyecto, el responsable tiene que realizar tres actividades esenciales: organizar y planificar, supervisar, y controlar e intentar corregir. Para ello, debe haber unos indicadores de los objetivos, tiempo y coste.

- **Indicadores de los objetivos para adquirir hábitos socializadores.**

- Indicadores de asistencia.

Es importante valorar a cuántas sesiones acuden de las catorce que se van a realizar. El objetivo se cumplirá si supera un ratio de cinco.

- Indicadores de fomento de la salud física, psíquica y social de las personas.

Además de acudir a las sesiones, debe implicarse y aceptar las orientaciones que le sugiera el técnico. El objetivo se cumplirá si supera un ratio de cinco.

- Indicadores de higiene.

Después de cada actividad, se les ofrecerá la utilización de las duchas del centro con material de aseo. Es un momento de control de higiene, ya que somos conscientes de las dificultades en esta materia por la circunstancia de vivir de la mendicidad. El objetivo se cumplirá si supera un ratio de cinco.

- Indicadores de mejora de salud.

Mejoras en el desarrollo de su movilidad y de las enfermedades crónicas. El objetivo se cumplirá si supera un ratio de cinco.

Indicadores de una buena utilización del ocio.

Hay una mejora personal y una satisfacción que se reflejan cuando se realiza la actividad. El objetivo se cumplirá si supera un ratio de cinco.

Por todo ello, para poder medir estos indicadores, se utilizarán los siguientes instrumentos:

- Hojas de evaluación de las actividades
- Observación de cada participante
- Entrevistas individuales

● **Indicadores de tiempo**

-Estado de las acciones para proporcionar información de cómo marcha cada tarea.

Se realizarán tres seguimientos: inicial,intermedio y final.

-Indicadores para analizar las desviaciones durante la ejecución respecto al plan

Los seguimientos que se prevean sirven para analizar posibles desviaciones que surjan, para antes de finalizar el proyecto poder introducir cambios y garantizar el cumplimiento de los plazos previstos.

● **Indicadores de coste**

-Indicadores para analizar las desviaciones durante la ejecución respecto al plan.

En la realización del informe sobre la situación del proyecto aparecerán este tipo de informaciones para realizar una estimación.

-Indicadores para evaluar a corto y medio plazo los costes de las tareas.

Proporciona los costes a corto medio plazo que se van produciendo.

El seguimiento es un aspecto a tener en cuenta durante la intervención social. Por este motivo, se decide realizar un seguimiento inicial, otro intermedio y una evaluación final, ya que se considera una parte fundamental para analizar el proyecto.

En el seguimiento inicial, se tendrán en cuenta el número de participantes, el interés que demuestran y los conocimientos adquiridos, poniendo en práctica una observación directa.

En el seguimiento intermedio se realizará un análisis del funcionamiento de la actividad, valorando aspectos como la asistencia, implicación, actitud y motivación de los asistentes. Por ello, se escogerá una serie de datos en una tabla individualizada en la que se irá evaluando según la programación estipulada.

Cada día que se realice la actividad, el profesional que supervise los ejercicios rellenará dicha tabla para cada asistente. De esta manera, cuando se tenga que realizar la evaluación final, se podrá realizar un análisis del proceso realizado para conocer el grado de consecución de los objetivos planteados.

## **4. CONCLUSIÓN**

Se ha presentado un proyecto piloto para personas en exclusión social en el que se considera importante realizar una intervención con ellos para darles un espacio común para trabajar sus necesidades y en concreto mejorar sus problemas de salud.

En este trabajo hemos tratado de enumerar las diferentes percepciones y definiciones que existen en torno al término 'exclusión social'. El proyecto que se ha realizado surge por una necesidad detectada con el colectivo en exclusión social, en el que se detecta que presentan problemas de salud y que además la actividad física no está presente en su vida.

Por todo ello, la propuesta se fundamenta en un marco teórico elaborado después de realizar consultas con diferentes fuentes, principalmente vinculadas a la sociología, psicología y profesionales de la salud.

Los temas que se han tratado han pretendido repasar la historia e identidad del término 'exclusión social', los factores y colectivos que están sufriendo esta situación, y

realizar un desarrollo acerca de la construcción social de la salud, planteando la actividad física como un medio de inclusión social.

El objetivo principal que se estableció, “*diseñar una propuesta de intervención para facilitar la integración social de personas mayores de 40 años en exclusión social, a través de la actividad física dirigida a aquellas personas con deterioro sociosanitario, y mediante una actividad de promoción de la salud en el punto de encuentro social y comedor social*”, se puede habilitar. Se materializa gracias a una propuesta de una actividad física para este colectivo que cumpla con unos indicadores determinados, que favorezca sus hábitos saludables y mejore su percepción sobre su propia salud.

La actividad que se plantea se ajusta al colectivo que estudiamos, por lo que se maneja con tiempos ajustados para ellos, con el objetivo de establecerla y ejecutarla de manera positiva.

Lo más significativo de esta propuesta es que se plantea por primera vez un tipo de actividad en medio abierto, con una periodicidad establecida y que promueve unos cambios de estilos de vida entre los usuarios del centro.

En cuanto a los objetivos específicos que se plantearon, se intentó que mediante esta actividad se *desarrollaran habilidades motrices a través del movimiento*. Por ello se establecieron catorce sesiones en la que se realizan 2 semanalmente y se inicia de manera paulatina hasta llegar a unos objetivos que hace que las sesiones vayan ampliándose. Una de las consecuencias que conlleva la realización de esta actividad, es que existe una participación global de los participantes, facilitando su *autonomía personal en actividades de ocio normalizado*. *De esta forma se van adquiriendo hábitos socializadores*.

Por todo ello además de mejorar sus habilidades físicas y su salud, se promueve una mejora de autoestima y así mismo una promoción de sus relaciones sociales. En un futuro si los resultados son positivos sería interesante ampliar la muestra siendo la población más variada tanto en edad como en otros aspectos.

Para finalizar, este trabajo aspira a facilitar que la ciudadanía vea a este colectivo integrado en la sociedad y que no exista el rechazo. Además los profesionales de este área y los afectados debemos concienciarnos en la importancia que tiene la actividad física a la hora de generar una buena salud para tener una óptima calidad de vida.

## **5. LIMITACIONES Y PROSPECTIVA**

### **5.1.LIMITACIONES**

En primer lugar, esta propuesta no se ha podido llevar a la práctica en este curso por no estar planificado, pero se espera, como se menciona posteriormente, que se pueda llevar a cabo en breve.

En segundo lugar, otro obstáculo a la hora de llevar a cabo un proyecto de estas características es la falta de tiempo y de personal, que hace que no se contemplen estos temas para trabajar, ya que a veces se da más valor a otros aspectos. Otra limitación a

destacar es la falta de datos oficiales objetivos que faciliten el dibujo del mapa de la exclusión social.

Para finalizar, otra de las limitaciones a superar cuando se trabaja con este colectivo es la falta de respuesta. Debido a que tienen cierta movilidad geográfica y a su situación personal, es difícil el compromiso y la continuidad en este tipo de actividades, aunque a medida que se vaya poniendo en práctica el proyecto se podrá concretar de forma progresiva cuáles son las carencias a resolver.

### **5.2.PROSPECTIVA**

La primera acción a realizar con miras de futuro, consiste en poner en práctica esta propuesta. El año que viene, muy posiblemente, el punto de encuentro y comedor social, amplíe su horario a la tarde, por lo que se podría llevar a cabo esta actividad. No quiero dejar de insistir en que sería muy interesante el que se pudiera realizar este proyecto de intervención.

Esta propuesta ha sido valorada por el equipo directivo del centro y les parece un reto sugerente para materializar el año que viene.

Como Trabajadora Social veo interesante dar cabida a esta actividad, continuando con el resto de intervenciones en las que ya se está haciendo hincapié, ya que el conjunto actuaría de forma muy positiva en la mejora de los procesos para favorecer la inclusión social.

Por otra parte, y en el supuesto de que tuviera éxito esta actividad, sería interesante que se pudieran derivar casos desde los servicios sociales de base u otras organizaciones, ya que podría ser un incentivo para aquellas personas que son reacias o les cuesta acercarse a un centro de tales características. Si hubiera un crecimiento en la asistencia, se podría valorar la opción de realizar más actividades de este tipo.

Para finalizar, sería muy recomendable realizar a largo plazo una valoración de la aplicación de esta actividad, para comprobar si ha sido efectiva o, por el contrario, no se ha conseguido lograr la asistencia requerida y los efectos deseados.

## **6 . BIBLIOGRAFÍA**

### **6.1 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- Ararteko (2013). *Actuaciones del Ararteko en defensa de los colectivos de atención pública*. Informe Inclusión Social.
- Balibrea, E.; Santos, A, y Lerma, I.(2002). *Estudio exploratorio: Actividad física, deporte e inserción social de jóvenes en barrios desfavorecidos*. Apuntes de Educación Física y Deportes, nº 69 .
- Bell Adell, C. (2002). *Exclusión social: origen y características, en el curso Formación específica en compensación educativa e interculturalidad para agentes educativos*. Murcia.
- Benach, J. y Mustelier, C.( 1995). *La salud inseparable de la política. En: Aprender a mirar la salud*. Madrid: El viejo topo.
- Bude, H. y Willisich, A. (2008). *Exklusion - Die Debatte über die "Überflüssigen"*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Byrne, D. (2002). *Social Exclusion*. Inglaterra : Open University Press.
- Cabrera, P.J. y M.J. Rubio (2008). *Las personas sin hogar hoy*. Revista del Ministerio de Trabajo e Inmigración, nº 75.

- Castel, R. (1997). *La metamorfosis de la cuestión social. Una crónica del asalariado*. Buenos Aires: Paidó.
- Castel, R. (2004). *Encuadre de la exclusión*. Barcelona, Gedisa. pp (55-86).
- Encuesta Población Activa. España I trimestre 2014.
- García-Ferrando, M.; Lagardera, F.; y Puig, N. (2005). *Cultura deportiva y socialización*. Barcelona: INDE.
- García Herrero, G. (2010). *Intervención Social con Personas Sin Hogar*. I Jornadas Técnicas sobre Intervención Social con PSH. Madrid.
- Gil Villa, F. (2002). *La exclusión social*. Barcelona: Arie.
- Gobierno Vasco (2012). II Plan de Inclusión Social Activa (2012-2016). Vitoria.
- Goizueta, M.; Gaviria, I.; Laparra, M. (1992). *Los excluidos y la protección social*. Consejería de Integración Social. Madrid.
- INE. *Encuesta a las Personas sin Hogar. (2012.)*
- Karsz, S. (2000). *La exclusión: concepto falso, problema verdadero*. Barcelona: Gedisa, (pp133-214).
- Klanfer, J. (1965). *L'exclusion sociale*. París: Editions Sciences et Services.
- Lenoir, R. (1974). *Les Exclus*. París: Le Seuil.
  
- Levi, L. (2001). *Psycho-socio-economic determinants for stress and depression: Informe final de la Presidencia de la Unión Europea*. Bruselas, pp (17-20).
- Malgesini, G. y García, M. (2000). *Patrones de exclusión social en el marco europeo. Acciones prioritarias para la integración*. Dirección General de Empleo y Asuntos Sociales.
- Martín Alfonso, L. (2009). *Taller Internacional de Intersectorialidad en la práctica social*. La Habana.
- Marx, K. (1867). *El capital*. Hamburgo: Fondo de Cultura Económica.
- Med,E. (1995). Documento declaración de Uruguay sobre educación médica. Vol. 29, No. 1, p 119.
- OMS (1958). *Informe anual del director general a la Asamblea Mundial de la Salud y a las Naciones Unidas*. Ginebra.
- ONU. (2005). *Informe sobre la situación del mundo*, pp (11).
- Peterson, C. A. y Gunn, S.L. (1984). *Therapeutic recreation program design: Principies and procedures*. Nueva York: Pretice Hall.
- Plan Nacional de Acción para la Inclusión Social (2013-2016, pp 14).
- PNUD. (2013). *Informe sobre el Desarrollo Humano*.
- Redondo, D. (2001). *Inserción social vs. inserción económica: Portularia*.

- Riba, C.; Giménez, L.; Obradors, A.; Gimenez, M.; Queralt, D.; Bottos, P. y Rapoport, A. (2004). *Pobreza y Exclusión Social: Un análisis de la realidad española y europea*. Colección Estudios Sociales N° 16.
- Rodríguez González, A. (1997). *Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos*. Madrid: Pirámide .
- Silver, H. (1994). *Social exclusion and social solidarity: Three paradigms*. International Labour Review. pp(531-578).
- Subirats, J. (2004). Pobreza y exclusión social. Un análisis de la realidad española y europea. Barcelona , Fundación “La Caixa”. Edición electrónica: [http://obrasocial.lacaixa.es/estudiossociales/vol16\\_es.html](http://obrasocial.lacaixa.es/estudiossociales/vol16_es.html)
- Stichweh, R. (2005). *Inklusion und Exklusion. Studien zur Gesellschaftstheorie*. Alemania: Transcript.
- Tezanos, J. F. (2001), *Tendencias de dualización y exclusión social en las sociedades tecnológicas avanzadas*. Madrid: Sistema.
- Vega Fuente, A. (2003). *La educación social ante la discapacidad*. Málaga: Aljibe.

## **6.2. BIBLIOGRAFÍA**

- Aierdi, X.; Oleaga, J.A.; Moreno, G.; Herrero, I. y Alonso, I. (2009). *Perfil y necesidades de las personas sin hogar en Bizkaia*. Bilbao: Diputación Foral de Bizkaia
- Fernández Gavira, J.; Piedra de la Cuadra, J. y Pires, F. *Deporte e integración social: oferta y demanda deportiva de los jóvenes de la zona Sur de Sevilla*. Revista Emasf, (p 21 a 34).
- Ararteko (2014). *Atención sociosanitaria en salud mental a personas privadas de libertad*. Informe extraordinario de la institución del Ararteko al Parlamento Vasco. Vitoria.
- Avramov, D. (1995) *Homeless in the European Union: Social and Legal Context of Housing Exclusion in the 1990s. Fourth Reserch Report of the European Observatory on Homelessness*. Bruselas :Feantsa.
- Benach, J. (2002). *Desigualdades Sociales en Salud en España: Balance y retos. IIª Jornadas sobre las desigualdades Sociales en Salud*. Cádiz. Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública.
- Constitución Española de 1978. Artículo 43.

- Cruz Roja. *Informe sobre la vulnerabilidad social 2011-2012*.
- Camacho Gutiérrez, J. y Trabada Crende, E. (2000). *La infraclase urbana: algunos perfiles de la exclusión social*. Documentación Social 119.
- Del Pino, E. y Ramos, J.A. (2009). *Las reformas de las políticas de bienestar en España: una visión de conjunto*. Madrid: Siglo XXI.
- Echevarría, B. (2012). *Revista de Educación Social (RES)*: Consejo General de Colegios Oficiales de Educadoras y Educadores Sociales.
- Eusse, E.D. (2007). *Educación Física y discapacidad: Prácticas corporales inclusivas*. Medellín: Funámbulos.
- García, P. y López-Casanovas, G. (2006). *Hipótesis sobre Inmigración y bienestar*. Madrid: Moneda y crédito.
- Ley de Servicios Sociales 12/2008, de 5 de diciembre.
- Ley para la garantía de ingresos y para la inclusión social 18/2008, de 23 de diciembre.
- Pérez Serrano, G. *Modelos de investigación cualitativa en educación social y animación sociocultural. Aplicaciones prácticas*. Madrid: Narcea.
- Ventosa, V. J. y Marset, R. (2000). *Integración de personas con disminución psíquica en el tiempo libre*. Madrid: CCS.